BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Paris. — Société d'imprimerie PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRETAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. HORTELOUP
Secrétaire général

ET

MM. PERIER ET LUCAS-CHAMPIONNIERE
Secrétaires annuels



TOME IX. — 1883

PARIS

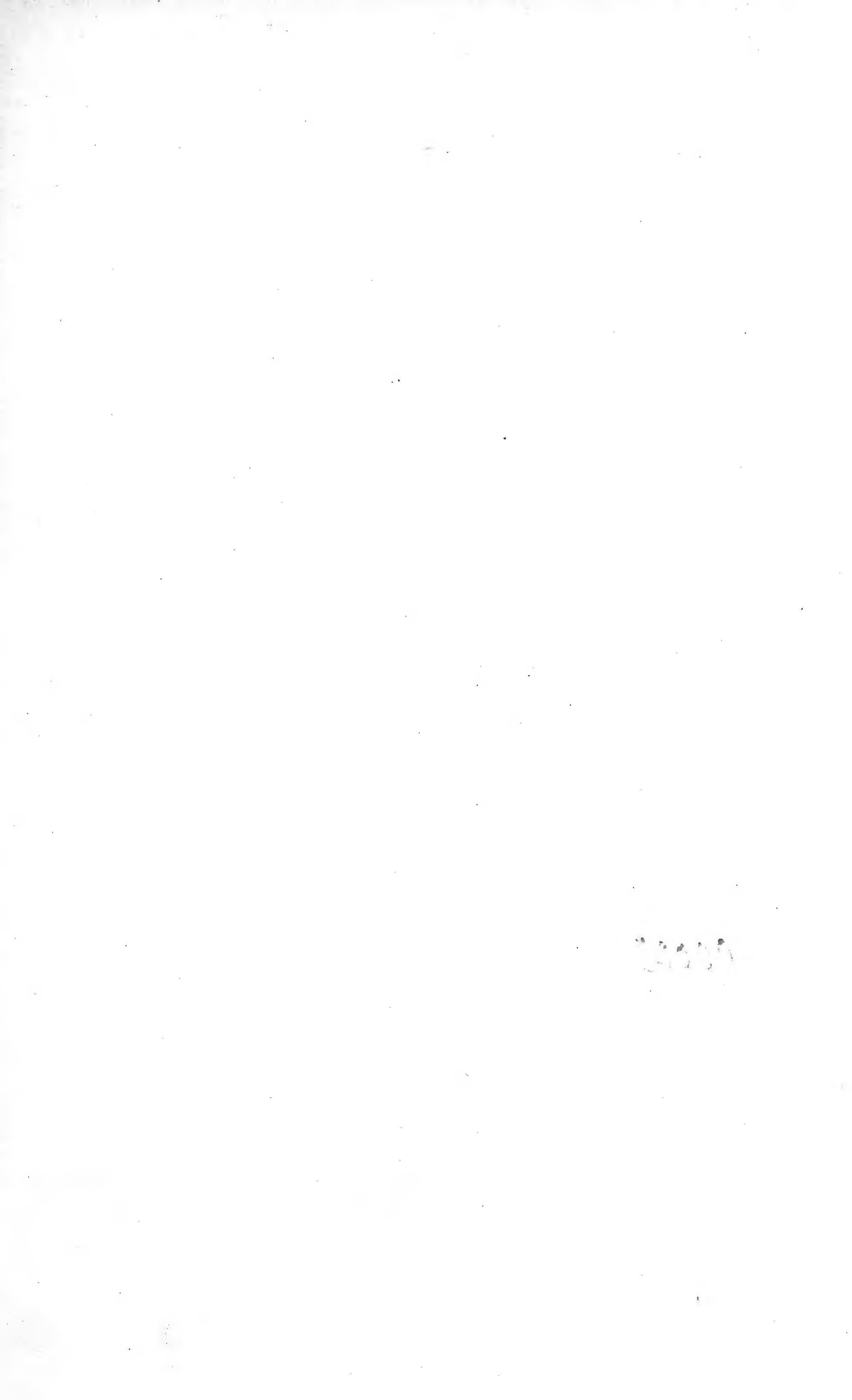
G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1883



BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Édouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfranc GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847. — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.
1863. — Depaul.

MM.

1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin.
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.
1881. — de Saint-Germain.
1882. — Léon Labbé.
1883. — Guéniot.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1883

Président......................	MM.	GUÉNIOT.
Vice-président..................		MARC SÉE
Secrétaire général..............		HORTELOUP.
Secrétaires annuels............		PÉRIER et LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Trésorier........................		BERGER.
Archiviste......................		TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM.

3 novembre 1875.	— Blot, titulaire de........................	1861
1er avril 1874....	— Boinet..................................	1850
27 février 1867...	— Bouley (H.).	
14 janvier 1852...	— Cloquet (J.).	
23 janvier 1861...	— Deguise, titulaire de....................	1844
22 novembre 1871.	— Depaul.................................	1854
29 mars 1882.....	— Dubreuil...............................	1872
19 octobre 1881...	— Forget (A.)............................	1849
5 juillet 1882....	— Giraud-Teulon.........................	1869
1er avril 1863.....	— Gosselin...............................	1855
15 mars 1876.....	— Guérin (Alphonse)..	1853
22 novembre 1882.	— Guyon (Félix).........................	1863
20 décembre 1867.	— Larrey (baron)........................	1849
9 mai 1877.......	— Le Fort (Léon)........................	1865
6 mars 1872......	— Legouest...............................	1859
28 mars 1860.....	— Maisonneuve. — M. fondateur.........	1843
9 mars 1881.....	— Marjolin. — M. fondateur	1843
25 janvier 1860...	— Monod. — M. fondateur................	1843
19 mai 1880......	— Perrin (Maurice). Titulaire de	1865
26 mai 1880......	— Panas.................................	1865
9 juillet 1879....	— Paulet.................................	1868
4 décembre 1867.	— Richet.................................	1852
27 mars 1850......	— Ricord................................	1844
5 janvier 1880...	— Simonin, de Nancy.	

MEMBRES TITULAIRES.

MM.

16 février 1876.... — Anger (Théophile).
12 juin 1878...... — Berger.
4 janvier 1882... — Chauvel.
15 avril 1868.,.... — Cruveilhier.
3 janvier 1877... — Delens.
19 janvier 1853... — Desormeaux.
25 octobre 1865... — Després.
24 juin 1868...... — Duplay.
24 octobre 1877... — Farabeuf.
31 mai 1876...... — Gillette.
12 février 1868.... — Guéniot.
8 juin 1870...... — Horteloup.
21 juin 1865...... — Labbé (Léon).
12 juin 1872...... — Lannelongue.
9 juillet 1873.... — Le Dentu.
30 juin 1875...... — Lucas-Championnière
11 décembre 1872. — Magitot.
3 mai 1882....... — Marchand.
7 juillet 1880.... — Monod (Ch.).
18 février 1880.... — Nepveu
1 avril 1874..... — Nicaise.
14 avril 1875..... — Perier.
2 avril 1873..... — Polaillon.
27 avril 1881..... — Pozzi.
6 décembre 1882. — Richelot.
27 février 1867.... — de Saint-Germain.
13 mai 1868...... — Sée (Marc).
12 avril 1865...... — Tarnier.
15 juillet 1874.... — Terrier.
22 octobre 1879... — Terrillon.
31 janvier 1866... — Tillaux.
5 juin 1861...... — Trélat.
22 décembre 1858. — Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Avat (d'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, de Nice.
Beau, à Brest.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Boeckel (Jules), à Strasbourg.
Boeckel (Eugène), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Cauvy, à Béziers.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.
Colson, à Noyon.

MM. COMBALAT, professeur à l'École de Marseille
COURTY, professeur à la Faculté de Montpellier.
CRAS, professeur à l'École navale de Brest.
DAUVÉ, médecin principal de l'armée.
DAVAT, d'Aix-les-Bains.
DEBROU, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
DECÈS (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
DELACOUR, directeur de l'École de médecine de Rennes.
DELORE, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
DEMONS, chirurgien de l'hôpital Saint-André de Bordeaux.
DENUCÉ, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
DESGRANGES, professeur à l'École de médecine de Lyon.
DEVALZ, à Bordeaux.
DEZANNEAU, professeur à l'École de médecine d'Angers.
DIDAY, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
DROUINEAU, chirurgien des hôpitaux civils de La Rochelle.
DUBOUÉ, chirurgien à Pau.
DUBREUILH (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
DUMÉNIL, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
DUPLOUY, professeur à l'École navale de Rochefort.
EHRMANN, à Mulhouse.
FAUCON, à Lille.
FLEURY, professeur à l'école de Clermont.
GAUJOT, professeur au Val-de-Grâce.
GAYET, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
GROSS, professeur à la Faculté de Nancy.
HERRGOTT, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
HEURTAUX, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
HOUZELOT, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
HUE (Judes), à Rouen.
JOUON, professeur à l'École de médecine de Nantes.
KOEBERLÉ, à Strasbourg.
LANNELONGUE, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
LARGER, Maisons-Laffitte.
LETIÉVANT, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
LIZÉ, chirurgien de la Maternité du Mans.
MARTEL, Chirurgien de l'hôpital de Saint-Mâlo.
MASCAREL, à Châtellerault (Vienne).
MAUNOURY, chirurgien honoraire de l'hôpital de Chartres.
MAUNOURY (Gabriel), chirurgien de l'hôpital de Chartres.
MICHEL, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
MOLLIÈRE (Daniel), chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon
MONTEILS, à Mende (Lozère).
MORDRET, chirurgien au Mans.
MOURLON, médecin-major de l'armée.

MM. Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, professeur à la Faculté de Lyon.
Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Parise, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Pilate, chirurgien adjoint de l'hôpital d'Orléans.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Poinsot, Bordeaux.
Poncet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux, de Marilles.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Silbert, à Aix.
Spillmann, médecin-major de l'armée.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Vast, chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-Français.
Védrenes, médecin principal de 1re classe de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).
Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy.

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

MM.

6 janvier 1864..... — ADAMS-ROBERT, Dublin.
11 janvier 1882..... — ARLT, Vienne.
11 août 1875....... — BOWMANN, Londres.
7 janvier 1880.... — DEROUBAIX, Liège.
5 janvier 1870 .... — DONDERS, Utrecht.
5 janvier 1870 .... — HELMHOLTZ.
30 juillet 1856 ..... — LANGENBECK, Berlin.
7 janvier 1880 .... — LISTER, Londres.
10 janvier 1877..... — LONGMORE, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — MICHAUX, Louvain.
6 janvier 1864..... — PAGET (James), Londres.
30 juillet 1856...... — PORTA, Pavie.
11 août 1875....... — RIZZOLI, Bologne.
6 juillet 1859 ..... — SCANZONI, Wurzbourg.
3 janvier 1866..... — VANZETTI, Padoue.
11 janvier 1882..... — WELLS (SPENCER), Londres.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

MM.

10 janvier 1877..... — ALBERT, Vienne.
10 janvier 1877..... — AMABILE, Naples.
11 janvier 1882..... — ANNANDALE, Édimbourg.
8 janvier 1868..... — BARBOSA, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — BARDELEBEN, Berlin.
26 novembre 1845. — BASSOW, Moscou.
31 décembre 1862.. — BACK, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — BIGELOW, Boston.
31 octobre 1851.... — BIRKETT, Londres.
3 janvier 1865..... — BILLROTH (TH.), Vienne.
6 juillet 1859...... — BLASIUS, Halle.
17 septembre 1851. — BORELLI, Turin.
10 janvier 1877..... — BRYANT, Londres.
3 janvier 1865..... — BROWN-SEQUARD.
13 janvier 1869.... — BROODHURST, Londres.
13 janvier 1864.... — BRUNS (Victor), Tübingen.
mars 1867....... — BUREN (VAN), New-York.
22 décembre 1852.. — BURGRŒVE, Gand.
31 décembre 1861... — COOTE (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — CORNAZ, Neufchâtel.
11 août 1875....... — CORRADI, Milan.
6 juillet 1859...... — CREDE, Leipzig.
3 juin 1857....... — CROCQ, Bruxelles.
3 janvier 1865.... — EMMERT (F.-G.), Berne.
8 janvier 1862..... — ESMARCH, Kiel.
6 juillet 1859..... — FABRI, Ravenne.
9 octobre 1853.... — FLEMING, Dublin.
6 juillet 1859..... — FRIEDBERG (H.), Berlin.
9 janvier 1879..... — GALLI, Lucques.
13 janvier 1864. .. — GAMGEE (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — GAUTIER, Genève.
13 janvier 1864.... — GHERINI, Milan.

9 janvier 1879 .... — Gritti, Milan.
3 janvier 1865.... — Gurtl (E.), Berlin.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — Hannover, Copenhague.
15 septembre 1852. — Hewett (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — Heyfelder (fils), Saint-Pétersbourg
3 janvier 1865..... — Holmes, Londres.
2 janvier 1865.... — Humphry (G.-M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — Hutchinson (J.), Londres.
13 janvier 1869.... — Krassowski, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — Larghi, Bologne.
6 juillet 1859...... — Mac-Leod, Glascow.
22 octobre 1856.... — Mayor (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — Mazzoni, Rome.
13 janvier 1864.... — Melchiori (Giovanni), Milan.
3 janvier 1883..... — Sands, New-York.
3 janvier 1865.... — Neudörfer, Prague.
8 janvier 1868 .... — Pemberton, Birmingham.
8 janvier 1862 .... — Piachaud, Genève.
4 octobre 1848.... — Pitha, Prague.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
9 janvier 1878 .... — Reverdin, Genève.
7 janvier 1880.... — Rose, Zurich.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeiro.
2 janvier 1856.... — Sand-Cox, Birmingham.
3 janvier 1883..... — Mosetig-Moorhof, Vienne.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
10 janvier 1877..... — Saxtorph, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Simon (Gust.), Rostock.
mars 1867....... — Simon (John), Londres.
3 janvier 1865.... — Stephen-Smith, New-York.
6 juillet 1869 ..... — Soupart, Gand.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862 .. — Testa, Naples.
6 juillet 1869...... — Thompson (Henry), Londres.
7 janvier 1880..... — Tilanus, Amsterdam.
11 janvier 1882..... — Zancarol, Alexandrie (Égypte).

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE, LE PRIX GERDY et LE PRIX DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante : « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1882 jusqu'au 1er novembre de l'année 1883 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1883.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires ; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix GERDY a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix DEMARQUAY a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Annales des maladies de l'oreille et du larynx. — Annales des maladies des organes génito-urinaires. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin de l'Académie de médecine. — Bulletin de la Société anatomique. — Bulletin de la Société de médecine de Paris. — Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux. — Bulletin et mémoires de la Société de thérapeutique. — Bulletin général de thérapeutique. — Courrier médical. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette médicale de Paris. — Gazette obstétricale. — Gazette d'ophthalmologie. — Journal de médecine de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — Journal de thérapeutique. — Médecine contemporaine. — Moniteur thérapeutique. — Le Patricien. — Progrès médical. — Recueil d'ophthalmologie. — Revue de chirurgie. — Revue de médecine. — Revue médicale. — Revue des maladies de l'enfance. — Revue militaire de médecine et de chirurgie. — Revue des sciences médicales. — Revue scientifique de la France et de l'Etranger. — Semaine médicale. —Thérapeutique contemporaine. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du nord de la France. — Bulletin de la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de Bordeaux. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Comptes rendus de la Société de médecine de Toulouse.— Comptes rendus de la Société des sciences médicales de Gannat. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne. — La Loire médicale. — Lyon médical. — Marseille médical. — Mémoires de la Société de médecine de Lyon. —Mémoires de la Société de médecine de Nancy.—Mémoires de la Société des sciences médicales de Lyon. — Montpellier médical. — Revue médicale de l'Est. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi. — Union médicale du Nord-Est. — Union médicale de la Seine-Inférieure.

Annales de l'Association Larrey (Mexico). — Annals of Anatomy and Surgery (Brooklyn). — Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Bulletin of the national board of Health (Washington). — British medical Journal (Londres). — Cronica medico-quirurgica de la Habana. — Encyclopedia medico-farmaceutica (Barcelone). — Escuela

de medicina (Mexico). — Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou. — Gaceta de Sanitad milita (Madrid). — Gazetta medica italiana lombardia (Milan).—Giornale internazionale delle scienze mediche (Naples). — L'Indipendente (Turin). — Journal and proceedings of the royal Society of New South Wales (Sydney). — The Practitioner (Londres).—Proceedings of the royal Society (Londres).— Proceedings of the pathological Society (Londres). — Smithsonian institution (Washington). — Transactions of the royal medico-chirurgical Society (Londres).

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.



NOUVELLE SERIE.

Séance du 3 janvier 1883.

Présidence de M. Labbé

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques.

2° *Traitement des plaies artérielles du membre thoracique par les ligatures au catgut phéniqué*, par M. Faucon, membre correspondant.

3° Une lettre de M. Demons, de Bordeaux, informant qu'il a fait dans un cas de résection tibio-tarsienne, avec extirpation du calcanéum, une suture osseuse avec une pointe d'acier traversant le talon et fixant le calcanéum au tibia.

Le Secrétaire général donne lecture de l'observation suivante, adressée par M. Chipault, membre corespondant :

Œdème malin des paupières. — Injections iodées sous-cutanées. — Boissons et pansements iodés. Guérison. — Suture des paupières pour prévenir l'ectropion. Résultat très satisfaisant,

Par M. CHIPAULT (d'Orléans), membre correspondant.

La femme M..., couturière, âgée de 28 ans, entre le mercredi 27 juillet 1881, à deux heures de l'après-midi, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, salle Froberville.

Cette femme est intelligente et répond très nettement aux questions posées; elle dit qu'elle demeure dans un faubourg de la ville (faubourg Madeleine), où se trouvent l'abattoir, une mégisserie et plusieurs fabriques de couvertures ; en outre, il y aurait dans sa maison beaucoup de mouches bleues.

Le dimanche soir, trois jours avant son entrée, elle raconte qu'elle a senti, *comme elle dit, quelque chose lui passer sur l'œil droit,* sans éprouver ni de piqûre, ni de morsure ; elle a simplement remarqué le fait et ne s'en est nullement préoccupée.

Les paupières de l'œil droit commencent dès lors à s'œdématier, mais la malade peut encore les entr'ouvrir. Il n'y a d'ailleurs pas de douleur du côté du globe oculaire. — Quelques frissons dans la soirée, avec nausées, mais sans vomissements ; sommeil pendant la nuit du dimanche au lundi. Le lundi 25 juillet, l'œdème reste localisé aux paupières de l'œil droit ; au dire de la malade il était très prononcé, mou et indolore. Frissons suivis de sueurs abondantes ; plusieurs vomissements bilieux dans la journée.

Application de compresses imbibées d'eau blanche.

Sommeil de quelques heures dans la nuit du lundi au mardi.

Le mardi matin, 26 juillet, l'œdème s'étend autour de l'œil ; il reste mou. — Douleurs de tête sous forme d'élancements violents dans la région pariétale droite. — Nouveaux vomissements de bile. — Quelques frissons encore, mais moins violents qu'hier. — Une selle.

Les douleurs de têtes sont incessantes ; elles empêchent le sommeil.

Le mercredi matin, 27 juillet, l'œdème s'est étendu, toujours mou et indolore. Les douleurs de tête persistent ainsi que les nausées, mais il n'y a pas de vomissements.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu, à 2 heures de l'après-midi.

Je constate l'état suivant :

Les deux paupières droites sont envahies par un œdème très accentué, tel que la malade ne peut les entr'ouvrir et qu'il m'est impossible, même avec une certaine force, de les écarter assez pour voir le globe oculaire ; à la partie médiane et supérieure de la paupière supérieure se trouve une petite érosion, grande comme une tête d'épingle ; le reste de la paupière a sa coloration normale, sans la moindre rougeur.

Sur toute l'étendue de la paupière supérieure, l'épiderme est soulevé par un grand nombre de petites phlyctènes à peines saillantes, et dont

l'aspect ne saurait être mieux comparé qu'à celui de l'épiderme soumis pendant quelques heures seulement à l'action d'un vésicatoire.

Vers l'angle interne de l'œil, existe sur la paupière supérieure une phlyctène plus développée, de la grosseur d'un petit pois, remplie d'une sérosité claire.

L'œdème s'étend sur toute la région frontale droite, et va jusqu'à la fosse temporale du même côté. Il envahit la partie latérale droite du nez, la joue droite, la commissure labiale droite, l'oreille droite et s'arrête en bas à deux centimètres au-dessus de la clavicule.

Les paupières de l'œil gauche sont œdématiées légèrement et ont une teinte rosée que n'a pas le reste de l'œdème. La peau est chaude sur toute l'étendue de l'œdème, peu douloureuse à la pression.

La consistance de l'œdème est partout la même ; partout à la palpation on éprouve la sensation que l'on aurait en touchant un corps mou et pâteux à travers une membrane assez fortement tendue. L'œdème ne conserve pas l'impression du doigt.

État général mauvais : P=120, — T=40°, nausées, pas de vomissements, douleurs de tête vers la région pariétale droite. Dyspnée revenant par accès, mais à de longs intervalles. — Pas de frissons depuis ce matin. — A 5 heures, trois heures plus tard, P=90, — T=40°, 5.

J'institue le traitement suivant :

Donner toutes les heures une grande cuillerée de la potion suivante :

Teinture d'iode.	6	grammes ;
Sirop de sucre.	60	—
Eau	500	—
Iodure de potassium.	Q. S.	

Appliquer en permanence sur la figure des compresses imbibées du mélange suivant :

Teinture d'iode.	6	grammes ;
Eau.	500	—
Iodure de potassium.	Q. S.	

D'autre part, avec cette même solution, je pratique cinq injections hypodermiques de 20 gouttes chacune au niveau du bord inférieur du maxillaire inférieur.

Bouillons. — Eau vineuse.

A 7 heures, soir, — même état de la malade.

La phlyctène de l'angle interne de l'œil a augmenté de volume. Je l'ouvre avec une lancette et j'inocule avec la sérosité claire qui s'en écoule un cochon d'Inde.

Jeudi, 28 *juillet*. — L'œdème s'étend en haut et en arrière jusqu'au-dessus de l'oreille droite, qui est très gonflée. En bas, il s'étend sur le sterno-mastoïdien et descend jusqu'à quelques centimètres au-dessus de la clavicule. Tout autour de l'œil et vers la racine du nez, l'œdème

est dur; le reste a conservé la même consistance pâteuse; la peau est légèrement tendue, chaude, d'une coloration normale. Le doigt qui la comprime ne laisse pas d'empreinte. — La paupière supérieure de l'œil droit a complètement changé d'aspect; la peau est devenue d'un gris ardoisé intense, striée de plaques d'un rouge écarlate, foncé.

Vers l'angle externe de l'œil s'est développée, pendant la nuit, une phlyctène du volume d'un pois et remplie de sérosité claire. Quelques phlyctènes très petites se montrent sur la paupière inférieure droite.

Les paupières de l'œil gauche sont très œdématiées et ont une teinte rose. L'œdème y est très mou. Il y a déjà un peu d'œdème au-dessus de l'œil gauche et vers son angle externe, mais il est très mou.

La palpation n'est pas plus douloureuse que la veille ; la chaleur est à peine sensible. La malade a pu dormir pendant la nuit. Les nausées continuent, mais peu accentuées. Pesanteur au creux épigastrique. — Accès de dyspnée, revenant à d'assez longs intervalles. P=112. — T=38°, 5.

Continuation de la potion et des compresses.

Quatre injections hypodermiques de 20 gouttes chacune, dont trois au-dessous de l'œdème, et une quatrième vers l'angle externe de l'œil gauche.

A 5 heures du soir, l'état local n'a pas changé; les douleurs vives consécutives aux injections se sont calmées dans la journée.

Pas de nausées. — Un peu de céphalalgie vers la région pariétale droite. P=104. — T=39°, 5.

Bouillon. — Même traitement.

Deuxième cobaye inoculé avec le sang pris sur la paupière supérieure droite.

Vendredi, 29 *juillet*. — L'œdème a augmenté. A droite, il gagne la région pariétale, contourne l'oreille, masque le sterno-mastoïdien et descend jusqu'au sein droit; à gauche, il a envahi la région frontale et la partie supérieure de la joue du même côté.

L'œdème devient très dur, presque de consistance ligneuse dans la région temporale droite et vers la racine du nez du même côté. — moins dur sur la joue droite, il est très mou autour de l'oreille et au-dessous de la clavicule. — Il reste mou autour de l'œil gauche.

La paupière supérieure droite, a gardé sa coloration ardoisée, qui s'est accentuée depuis hier. La phlyctène de l'angle externe de l'œil, a un peu augmenté de volume; elle reste remplie de sérosité claire, ainsi que les petites phlyctènes de la paupière inférieure.

La coloration générale de l'œdème reste la même. La palpation est peu sensible ; la peau chaude. P=98. — T=38°,4.

Mêmes nausées sans vomissements. Mêmes douleurs de tête. Mêmes accès de dyspnée, revenant à de longs intervalles. Langue saburrale, humide, pas de selle.

La malade n'a pu dormir que quelques heures, ce matin; mêmes boissons. — Même pansement local.

Je fais six injections hypodermiques, dont une avec la même solution et cinq autres vers l'angle droit du maxillaire supérieur, avec la solution suivante :

Teinture d'iode.	12 grammes ;
Eau.	500 —
Iodure de potassium.	Q. S.

Je fais ces cinq injections :

La 1re, vers le bord inférieur du maxillaire inférieur.

La 2e et la 3e, dans la même région, mais plus en avant.

La 4e, sur le menton.

La 5e, à l'angle externe de l'œil gauche.

A 5 heures du soir, l'œdème s'est étendu un peu en arrière de l'oreille droite et descend en bas jusqu'au sein droit. Il a surtout gagné du côté gauche, où il a envahi toute la partie gauche de la face, laquelle se trouve ainsi totalement recouverte par l'œdème.

L'œdème reste très mou autour de l'oreille droite, au-dessous de la clavicule droite et sur la partie gauche de la face ; mais il est de consistance absolument ligneuse autour de l'œil droit, sur la région frontale droite et dans la plus grande partie de la joue droite.

Les paupières droites sont boursouflées à un tel degré qu'il m'est impossible de les entr'ouvrir.

Les nausées ont disparu depuis ce matin ; mais les douleurs de tête persistent ; la malade respire plus difficilement ; par moment, il y a même des accès de dyspnée intense. P=94. — T=38°,9.

Bouillon. — Même potion. — Même pansement.

Sept injections hypodermiques de 20 gouttes chacune, avec la solution forte.

Les quatre premières sont faites au-dessous du maxillaire supérieur à droite, depuis l'oreille jusqu'au menton.

La 5e, vers le milieu du sterno-mastoïdien gauche.

La 6e, à l'angle externe de l'œil gauche.

La 7e, au-dessous de la commissure labiale droite.

Le cobaye inoculé, mercredi soir, 27 juillet, quelques heures après l'entrée de la malade, avec la sérosité recueillie dans la phlyctène de la paupière supérieure droite, est mort ce matin, à 11 heures, 42 heures après l'inoculation. Le microscope permet de voir dans le sang de ce cobaye une grande quantité de bactéridies. Ce soir, à 5 heures, deux cobayes sont inoculés, un avec du sang local pris sur la paupière supérieure droite, l'autre avec du sang pris sur un doigt.

Samedi 30 *juillet.* — L'œdème s'est étendu vers le sein droit. Il reste toujours très mou de ce côté, mou également autour de l'oreille, dans la région pariétale et au dessous de la clavicule ; il est dur, ligneux vers l'angle externe de l'œil droit, et vers la racine du nez, dur aussi, mais un peu moins sur le front, la joue droite et le cou à droite.

Les phlyctènes de la paupière supérieure droite sont toutes affaissées. La coloration ardoisée, striée de plaques d'un rouge foncé reste la même. La grosse phlyctène de l'angle externe et les petites de la paupière inférieure commencent à s'affaisser et à prendre, elles aussi, une coloration ardoisée très marquée.

La palpation est douloureuse, surtout vers le cou à droite ; la peau est chaude sur toute l'étendue de l'œdème.

A gauche, l'œdème a diminué sur les deux paupières qui restent maintenant entr'ouvertes. Pas de sommeil ; — douleurs de tête toujours très fortes. — Frisson ; nausées fréquentes plus fortes qu'hier. Pas de vomissements ; dyspnée presque continue depuis hier soir. — Grande faiblesse. — Langue sèche. — P=114. — T=39°,3. — Mêmes boissons. — Vin de quinquina, 60 grammes. — Mêmes pansements.

Sept injections avec la solution forte :

Les quatre premières, dans la région sushyoïdienne droite.

La 5e, dans la même région, à gauche.

La 6e, sur la région malaire gauche.

La 7e, à l'angle maxillaire gauche.

Le soir, à 5 heures, même état local que ce matin, si ce n'est qu'à gauche l'œdème a encore diminué sur les paupières qui sont très entr'ouvertes. Aucun changement, ni dans la consistance, ni dans la coloration des tissus. La palpation est devenue indolore. P=108. — T=39°,8. — Même traitement.

Sept injections avec la solution forte, de 20 gouttes chacune. Les trois premières au-dessus de la clavicule droite ; la quatrième au-dessous de l'oreille gauche ; la cinquième, au-dessous de la précédente ; les sixième et septième, en avant et au-dessous de l'oreille gauche. Deux cobayes sont inoculés, l'un avec du sang de la paupière supérieure droite, l'autre avec du sang pris sur un doigt.

Dimanche, 31 *juillet*.— L'œdème a diminué à la partie inférieure de la joue gauche et sur les paupières du même côté ; dans toute cette région, la peau a sa coloration normale.

Sur les paupières droites, le sphacèle s'est accentué.

La consistance des tissus est tout à fait ligneuse à l'angle externe de l'œil droit, sur une largeur d'une pièce de cinq francs en argent, et à la racine du nez, à droite.

Sur le front, la joue et le cou, à droite, la consistance est la même qu'à gauche ; la peau reste très tendue sur un œdème peu dur, mais ne conservant pas l'impression du doigt.

Les piqûres des injections sont rouges ; sur quelques-unes même, de petits abcès semblent se former.

La pression n'est douloureuse en aucun point de l'œdème.

La malade a dormi pendant trois heures, cette nuit ; elle se trouve mieux. — Pas de nausées ni de frissons ; pas de dyspnée. P=106. — T=38°,4.

Sept nouvelles injections, avec la solution forte, le long d'une ligne située à deux centimètres au-dessous du maxillaire inférieur et allant de l'oreille droite à l'angle gauche du maxillaire inférieur.

Le cobaye inoculé jeudi soir, 28, avec du sang local, est mort aujourd'hui à midi, après 67 heures d'inoculation. A son autopsie, on trouve quelques bactéridies dans la sérosité de l'œdème des parois abdominales, un peu plus dans le sang du foie, et une quantité énorme dans le sang du cœur.

Le soir à 5 heures, l'œdème est resté dans les mêmes limites ; la coloration et la consistance sont les mêmes. — La palpation n'est pas douloureuse, sauf dans les points où les injections ont été pratiquées.

L'eschare de la paupière supérieure est très dure, sèche, ardoisée ; celle de la paupière inférieure a la même consistance et la même coloration. P=104. — T=39°.

Accès de suffocation de courte durée dans la journée. — Pas de céphalalgie ; pas de frissons ; pas de nausées.

Même traitement ; deux potages.

Six injections avec la solution forte ; les quatre premières sur une ligne allant de trois centimètres au-dessous de l'oreille droite, à quatre centimètres au-dessous du menton ; la cinquième à l'angle gauche du maxillaire inférieur ; la sixième sur la région molaire gauche.

Lundi, 1er *août.* — L'œdème a diminué vers la région pariétale droite ainsi que sur l'oreille du même côté et au-dessous de celle-ci. Il a diminué en outre sur la joue et les paupières gauches.

La consistance et la coloration de l'eschare restent les mêmes.

Douleurs vives, surtout au niveau des points enflammés des injections.

Nuit bonne. P=88. — T=37°,5.

Six injections, toutes faites sur une ligne partant de quatre centimètres au-dessous de l'oreille droite et allant à quatre centimètres au-dessous du menton.

Le cobaye inoculé vendredi soir, 30 juillet, avec le sang local est mort cette nuit, environ 60 heures après l'inoculation. Son sang laisse voir sous le microscope beaucoup de bactéridies.

Le soir, à 5 heures, aucun changement dans l'état local ; dans la journée, la malade a eu quelques accès d'oppression et de petites quintes de toux ; mais actuellement la respiration est tout à fait libre. P=92. — T=37°,8.

Même traitement. La malade a mangé deux potages.

Quatre injections faites au niveau du bord du maxillaire inférieur à droite.

A 5 heures, le cobaye inoculé samedi soir, 30 juillet, avec du sang local, est mort, 48 heures après l'inoculation. Son autopsie révèle une grande quantité de bactéridies, sous le microscope.

A 7 heures, on inocule deux cobayes, un avec le sang de la paupière supérieure droite, l'autre avec le sang d'un doigt.

Mardi, 2 *août*. — L'œdème a beaucoup diminué à gauche, où il est limité surtout autour de l'œil et encore un peu sur la paupière supérieure du même côté.

A droite, l'oreille marque la limite de l'œdème ; il n'y en a plus en arrière ; en bas, il s'arrête à la clavicule.

Au niveau de l'eschare de la paupière supérieure droite, il existe une légère sensation de cuisson ; le cercle éliminatoire du sphacèle commence à paraître, à la paupière supérieure surtout. P=92. — T=37°,3.

Quatre nouvelles injections ; elles sont faites sur une ligne située à trois centimètres au-dessous du bord inférieur de la branche droite du maxillaire inférieur. La malade a bien dormi pendant la nuit ; elle ne souffre plus.

Le soir, à 5 heures, la malade se trouve bien ; elle a mangé avec appétit un œuf et pris plusieurs bouillons.

Dans la journée, 4 grammes de magnésie en deux doses.

P=92. T=37° 5.—Pas d'injections ce soir. — Inoculation de trois cobayes.

Le premier, avec du sang d'un doigt.

Le deuxième, avec du sang de l'œdème dur.

Le troisième, avec du sang de la paupière supérieure droite.

Mercredi, 3 *août*. L'œdème mou continue à diminuer; à gauche, l'œil est presque ouvert ; l'œdème dur diminue aussi sur la joue droite et la région frontale droite ; mais il est toujours très dur autour de l'œil droit. Le travail d'élimination des eschares qui sont dures, sèches, ardoisées, continue lentement ; il est plus marqué à la paupière inférieure au niveau de laquelle il y a de légères douleurs spontanées.

Les points où ont été faites les injections sont rouges, phlegmoneux, douloureux à la pression, mais non spontanément.

Bonne nuit ; une selle ; état général très bon, P=84. — T=37°,4.

Quatre injections faites suivant une ligne allant de l'oreille droite à la commissure labiale droite. Ce sont les dernières.

4 grammes de magnésie.

Potages ; poulet ; œuf.

A 5 heures, P=100. T=37°,6. La malade se trouve très bien. Le traitement iodé n'est plus continué.

Depuis son entrée, la malade a bu trois litres et demi de la solution au 1/500me ; elle a subi 14 injections hypodermiques avec la solution au 1/1000me et 53 avec la solution au 1/500me, chaque injection contenant vingt gouttes.

Inoculation de trois cobayes :

Le 1er, avec du sang pris immédiatement en dehors de l'eschare;

Le 2e, avec du sang pris à la partie externe de la saillie malaire droite;

Le 3e, avec du sang pris vers le bord inférieur de la branche droite du maxillaire inférieur.

Jeudi, 4 *août*. L'œdème mou a encore diminué, il n'existe plus que sur le front, la joue et la partie supérieure du cou à droite.

A gauche, les deux paupières seules restent très légèrement œdématiées.

L'œdème dur persiste autour de l'œil droit, il est moins marqué encore sur la joue droite et la région frontale droite. P=80, T=37°,4. Nuit très bonne. État général excellent. Soir, P=100, T=37°,5. Bon appétit.

Le cobaye inoculé lundi soir, 1er août, avec du sang local, après avoir été malade avant-hier et pendant toute la journée d'hier, à tel point qu'on le croyait prêt à succomber, est complètement revenu à

la santé aujourd'hui et ne donne plus aucun signe d'intoxication, 72 heures après l'inoculation.

Tous les autres cobayes sont restés bien portants.

Vendredi, 5 *août*. L'œdème diminue toujours, mais lentement. L'œdème dur commence à se ramollir autour de l'œil droit; il est devenu presque mou sur la joue droite.

Il n'y a presque plus d'œdème à gauche.

Le cercle éliminatoire des eschares s'accentue aux deux paupières, surtout vers le bord inférieur de la paupière inférieure. Il y a quelques élancements en ce point. La pression des eschares n'est pas douloureuse.

Même état local au niveau des injections; P=90, T=37°,4.— Pas de selle. — 4 grammes de magnésie.

Soir, 5 heures. Journée bonne, bon appétit.

Samedi, 6 *août*. La malade est dans de bonnes conditions. — Pas de selle. — 4 grammes de magnésie provoquent trois selles dans la journée du dimanche.

Lundi, 8 *août*. Il existe encore un peu d'œdème à gauche et autour de l'œil droit. Le cercle éliminatoire des eschares s'accentue surtout en bas de la paupière inférieure, où il y a une petite zone de suppuration. État général très bon.

11 *août*. L'œdème a disparu. L'eschare commence à se détacher à la paupière inférieure; elle se présente sous la forme d'une carapace dure, sèche et régulière dont la pression est légèrement douloureuse.

12 *août*. J'enlève avec des ciseaux quelques lambeaux de l'eschare de la paupière inférieure. Le travail d'élimination s'accentue à la paupière supérieure ; son eschare acquiert une certaine mobilité.

16 *août*. L'eschare de la paupière inférieure est complètement détachée en bas. J'en détache encore quelques parties.

17 *août*. J'enlève le reste de l'eschare de la paupière inférieure ; l'eschare mesure cinq millimètres d'épaisseur.

L'eschare de la paupière supérieure est un peu plus mobile ; mais elle se détache lentement; elle a l'aspect d'une carapace dure, sèche, noire, recouvrant d'une façon très régulière toute la paupière.

Les deux paupières chevauchent l'une sur l'autre, l'inférieure étant recouverte par la supérieure dans une étendue de cinq millimètres environ. Les cils sont intacts; la malade entrevoit le jour.

20 *août*. L'eschare de la paupière supérieure, un peu plus mobile, paraît avoir des adhérences solides.

La plaie consécutive à l'élimination de l'eschare de la paupière inférieure est en pleine suppuration. Le bord inférieur de cette plaie est anfractueux et assez profondément creusé pour constituer une sorte de rigole allant rejoindre, par l'angle externe, une plaie analogue qui entoure la paupière supérieure au niveau du bord supérieur de son eschare.

L'eschare de la paupière supérieure se détache spontanément et en totalité. C'est une carapace épaisse de trois millimètres, dure, sèche, noirâtre, reproduisant exactement le moule de la paupière dont la sur-

face dénudée est d'un rose pâle et recouverte de détritus fibrineux et de pus.

Les cils sont conservés, mais le bord libre de la paupière forme au-dessous d'eux une sorte de bourrelet rouge constitué par la conjonctive.

Les deux paupières chevauchent encore l'une sur l'autre, la supérieure dépassant l'inférieure d'un demi-centimètre à peu près.

État général excellent.

Pansement avec eau phéniquée au millième, petites mèches de charpie dans les plaies qui entourent les paupières pour lutter contre leur renversement.

27 *août*. L'ectropion commence vers le côté externe de la paupière inférieure. Déjà depuis quelque temps, pour empêcher l'ectropion, j'aurais voulu faire la suture préventive des paupières, mais leur chevauchement est encore trop accentué pour que l'avivement puisse être tenté.

La cicatrisation commence à se faire vers le bord libre de la paupière supérieure. Sur le reste des plaies, il y a des détritus fibrineux et beaucoup de pus surtout sur la paupière inférieure, au bas de laquelle la plaie est anfractueuse avec des bords profondément taillés à pic.

Même pansement.

Lundi, 29 *août*. L'ectropion s'accentue vers l'angle externe de la paupière inférieure. Le chevauchement des paupières l'une sur l'autre a diminué.

Sans plus attendre, je pratique immédiatement la suture des paupières.

L'avivement est fait avec de petits ciseaux courbes; il est difficile, à cause du chevauchement des paupières et du sang qui s'écoule avec abondance sous les ciseaux. J'arrête l'avivement à quelques millimètres des points lacrymaux et de l'angle externe; quatre points de suture métallique donnent un affrontement exact des paupières. Compresses imbibées d'eau phéniquée au millième. Petites mèches de charpie dans les plaies qui entourent les paupières. Tous les jours le même pansement est continué.

Le 3 septembre, c'est-à-dire le cinquième jour après l'opération, j'enlève les quatre points de suture. La réunion est complète; chaque matin les plaies qui entourent les paupières sont remplies de charpie pour lutter contre la rétraction des tissus. Chaque jour la cicatrisation augmente ; elle n'est cependant complète que le 20 septembre.

La malade sort de l'Hôtel-Dieu, guérie, le 24 septembre. — Je lui fais promettre de revenir de temps à autre afin que je puisse surveiller la suture. Tous les mois, je revois l'opérée. La suture tient bien ; je ne fais rentrer la malade à l'Hôtel-Dieu qu'un an après l'opération ; le 9 septembre 1882.

En trois fois, le 11, le 14 et le 15 septembre dernier, à l'aide de ciseaux et de la sonde cannelée je sectionne la cicatrice interpalpébrale qui est très épaisse et bordée d'une grande quantité de cils, beaucoup plus nombreux qu'aux paupières gauches, mais d'ailleurs régulièrement placés.

Une fois la suture détruite, les paupières n'ont aucune tendance au renversement, et quand l'opérée sort de l'Hôtel-Dieu, le 26 septembre, elles sont dans leur état normal.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue.

Le traitement iodé a été seul employé, en injections sous-cutanées, en boissons et en pansements locaux. Aucun autre traitement n'est venu s'y joindre. La guérison ne peut donc être rapportée qu'à l'iode ; et je ne donnerai comme preuve de la valeur de son action que cet argument tiré de la température de la malade. A 2 heures, au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle a 40°; à 5 heures, trois heures après, elle a 40°,5. Je fais cinq injections au millième de 20 gouttes chacune ; la malade boit toutes les heures une grande cuillerée de la même solution ; des compresses imbibées de ce liquide sont appliquées sur l'œdème, et le lendemain matin la température est tombée à 38°,5 :

Aucun doute n'est possible sur le diagnostic, puisque la preuve bactéridienne a été faite ; en effet, tous les jours, depuis l'entrée de la malade, mercredi 27 juillet, jusqu'au mercredi 3 août, des cobayes ont été inoculés, soit avec de la sérosité des phlyctènes, soit avec du sang de la paupière supérieure droite, soit avec du sang d'un doigt.

Les cobayes inoculés le 27, le 28, le 29, le 30 juillet, avec de la sérosité des phlyctènes ou avec du sang de la paupière supérieure droite, ont tous succombé, et leur sang, sous le microscope, laissait voir une grande quantité de bactéridies. Le cobaye inoculé le lundi 1er août avec du sang de la paupière supérieure droite a été sur le point de succomber, mais il s'est bien remis. Quant à ceux qui ont été inoculés avec le sang d'un doigt, ils n'ont pas été malades. Toutes les inoculations faites le 2 et le 3 août n'ont plus rien donné. La virulence bactéridienne n'était donc en réalité éteinte que le mardi 2 août, c'est-à-dire six jours après l'entrée de la malade ou encore neuf jours depuis le début de la maladie.

Le traitement n'a pas empêché le sphacèle des paupières.

La suture des paupières faite préventivement pour en combattre le renversement a été heureuse. Ordinairement je ne laisse les paupières closes que six à huit mois : cette fois je les ai laissées fermées un an, et je crois qu'il y avait utilité, à cause des cicatrices profondes qui entouraient les paupières. Le résultat a été très satisfaisant.

Rapport

Sur une observation de M. Millot Carpentier, de Montécouvez (Nord), *d'arthrite suppurée tibio-tarsienne,*

Par M. Richelot.

Un jeune homme de 15 ans subit un traumatisme du cou-de-pied à la suite duquel survient une arthrite suppurée de l'articulation tibio-tarsienne qui nécessite l'amputation de la jambe; le malade a guéri. — Il y avait une ostéomyélite suppurée de l'extrémité inférieure du tibia et du péroné, l'épiphyse du péroné était décollée, l'inflammation atteignait aussi l'astragale et la face supérieure du calcanéum.

Cette observation, bien prise, ne présente rien de particulier.

J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur, de déposer son observation dans les archives, et de l'inscrire au nombre des candidats au titre de membre correspondant national.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Fibromes douloureux sus-périostiques du genou gauche. — Ablation, ouverture de l'articulation, guérison. Méthode antiseptique,

Par M. Nicaise.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous donner communication d'un fait qui présente un certain intérêt au point de vue nosologique et thérapeutique.

D., âgée de 37 ans, entre le 31 juin 1882, à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, nº 13, dans mon service.

Antécédents héréditaires. — Père arthritique, mort d'une maladie du cœur avec ascite.

Antécédents personnels. — Aucun accident strumeux dans l'enfance. *Rougeole* à huit ans. Réglée à 15 ans. Règles régulières jusque dans ces trois ou quatre dernières années, où il existait parfois entre deux époques cataméniales des intervalles de trois à quatre mois.

Pas de grossesse. Pas de syphilis. Pas de rhumatisme. Vers l'âge de 15 ans, *chlorose* pour laquelle elle reste en traitement pendant près de cinq ans.

A 18 ans, la malade *se contusionne* violemment *le condyle interne*

du fémur gauche et ressent, à la suite de cet accident, une vive douleur au point contus.

A dater de ce moment, *douleurs permanentes*, faisant éprouver à la malade, tantôt la sensation de brûlure, tantôt la sensation d'un étau qui étreindrait le genou ou celle d'un clou qu'on enfoncerait dans les chairs. Ajoutons, à titre de commémoratif, que déjà, à l'âge de 12 ans, la malade avait une grande faiblesse dans le membre inférieur gauche sans qu'il existât cependant des douleurs.

A 20 ans, elle consulte Nélaton, qui lui prescrit l'application répétée de vésicatoires volants sur le genou malade. Les douleurs persistant, malgré ce traitement révulsif, la malade a recours à un médecin qui lui fait faire des badigeonnages de teinture d'iode sur la jointure douloureuse et lui conseille des injections hypodermiques de morphine, injections dont la malade a usé et abusé dans la suite.

De plus, en 1873, on lui a fait des cautérisations au fer rouge.

Enfin elle a été traitée par les douches de vapeur, les ventouses scarifiées, voire même le magnétisme.

Malgré ces médications si nombreuses et si variées, il n'y eut pas d'amélioration notable. Les douleurs s'atténuèrent, mais le genou augmenta de volume. Cette *tuméfaction*, qui a débuté en 1876, s'accrut lentement; mais la marche est devenue très pénible, les douleurs sont insupportables et sont réveillées par le moindre mouvement; aussi la malade garde-t-elle le plus souvent l'immobilité. C'est dans ces conditions qu'elle se présente à l'hôpital, demandant avec instance à être débarrassée de son mal.

État actuel. — Malade d'une complexion délicate. Devenue *névropathique*, amaigrie, décolorée.

Au cœur un *souffle systolique*. Palpitations fréquentes. Pouls régulier. Pas de fièvre.

Aux poumons, bien que la malade prétende avoir eu, il y a un mois, une hémoptysie d'un litre de sang, bien qu'elle ait des antécédents héréditaires de tuberculose (grand'mère maternelle et cinq tantes ou oncles morts phthisiques), nous ne trouvons aucun signe probant de tuberculose. Pas de douleurs thoraciques, ni spontanées, ni à la pression ; toux sèche, assez fréquente. Pas d'expectoration.

Le tube digestif ne présente rien que de normal.

Les urines, examinées à plusieurs reprises, ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Du côté du *membre inférieur gauche*, nous constatons une atrophie musculaire considérable sans adipose sous-cutanée. La marche est très pénible et ne peut bien s'effectuer qu'avec l'aide d'une canne. Les mouvements de l'articulation du genou s'exécutent, mais sont gênés ; ils sont accompagnés de douleurs très vives vers le condyle interne du fémur.

L'articulation ne contient pas de liquide ; il existe seulement au-dessus de la rotule et un peu vers la partie supéro-interne du cul-de-sac sous-tricipital un empâtement assez étendu.

Rien du côté du tibia. Rien du côté de la rotule. Le condyle externe du fémur est de volume normal et non douloureux.

Au contraire, le *condyle interne* est considérablement *hypertrophié et très douloureux* à la moindre pression. Il mesure 7 centimètres dans le sens vertical, tandis que le condyle correspondant du côté sain n'en mesure que 4.

La peau qui recouvre le condyle interne gauche est d'aspect luisant, *plus chaude au toucher* que celle de la région correspondante du côté opposé. On y remarque les cicatrices produites par des cautères et des ventouses scarifiées et aussi une coloration brun noirâtre.

En dehors et au niveau du condyle externe du tubia, il existe une plaque de forme quadrilatère, pigmentée, indurée. Cette pigmentation et cette induration de la peau sont la conséquence des nombreuses injections de morphine que se faisait la malade sur ce point.

Le diagnostic porté est : *Ostéite du condyle interne du fémur.*

En présence des douleurs persistant depuis 19 ans et de l'existence d'une lésion au niveau du condyle interne, je propose à la malade une opération en la prévenant de sa gravité possible; je pensais, après l'incision, avoir à faire, soit un évidement, soit une trépanation, et trouver soit une ostéite condensante de Gosselin, soit un abcès séreux de l'os, un kyste.

L'*opération* a lieu le 18 juillet. Anesthésie par le chloroforme. Bande d'Esmarch.

Je fais une incision oblique allant du ligament latéral interne au tendon du triceps, puis du milieu de celle-ci une seconde incision qui se dirige vers le tendon du troisième adducteur. Je trouve en avant de ce tendon une petite tumeur du volume d'une amande, grisâtre, un peu translucide, ressemblant à un névrome ; elle s'enlève facilement, mais inférieurement elle est adhérente à d'autres tumeurs semblables. Il en existe ainsi un grand nombre qui recouvrent toute la surface du condyle interne jusqu'au niveau de l'interligne articulaire. Elles sont serrées les unes contre les autres, sans laisser de sillons intermédiaires, et forment une couche continue qui se prolonge sous le vaste interne, contournant le cul-de-sac supérieur de la synoviale jusqu'en arrière du tendon du triceps, et recouvrant la face antérieure du fémur en ce point.

J'avais dû agrandir les incisions et, en particulier, la section du muscle vaste interne; comme les tumeurs adhéraient au pourtour du cul-de-sac supérieur de l'articulation, celle-ci fut largement ouverte. Elle ne présentait aucune altération.

Toutes les tumeurs s'implantent sur le périoste auquel elles adhèrent fortement. Cependant, en aucun point, leur ablation n'amène la dénudation de l'os; seulement, la surface, toujours recouverte du périoste, est creusée de sortes de petits godets séparés par des crêtes saillantes.

Ces tumeurs sont toutes semblables, elles sont d'un blanc grisâtre, ovoïdes, mollasses; elles ont l'aspect macroscopique d'un névrome. Leur volume est très variable, depuis celui d'une amande jusqu'à celui d'un grain de millet.

Je m'attache à faire une ablation complète des tumeurs, qui certaitainement étaient le siège et la cause des douleurs.

Puis j'enlève la bande d'Esmarch, et avec une large éponge j'exerce

une compression régulière sur toute la plaie, tant que dure l'hyperhémie cutanée.

Je procéde ensuite aux sutures. J'avais placé dans l'articulation, sous la rotule, une éponge phéniquée; celle-ci enlevée, je passe dans la cavité articulaire une petite éponge montée, trempée dans une solution phéniquée au 1/20e pour enlever quelques gouttes de sang.

Je réunis d'abord par une suture au catgut les deux lèvres de l'incision faite au triceps.

Je place deux tubes à drainage, l'un dans le cul-de-sac supérieur de l'articulation, l'autre au-dessus du condyle interne. L'opération a été faite avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses, spray phéniqué, membre savonné et lavé à l'eau phéniquée et entouré pendant l'opération de linges trempés dans une solution phéniquée. Après le pansement de Lister, le membre est placé dans une gouttière.

Je suture ensuite les bords de la plaie avec des fils d'argent.

Le soir, la malade se trouve très bien. Pas de douleurs dans le genou. Pas de phénomènes généraux.

Température : 38°,7.

Le 19 *juillet*. — Premier pansement. Aucune trace de réaction locale. On enlève les drains pour les replacer après les avoir lavés dans la solution au 1/50e et raccourcis d'un centimètre environ. L'état général reste le même.

T. { M. 37°
S. 37°,2.

Le 22, 5e jour. — On enlève quatre points de suture et on supprime le drain articulaire. Réunion parfaite de la plaie cutanée. Pas de phénomène de réaction locale. Pas de douleurs. La malade est gaie, mange de bon appétit, dort très bien, n'a plus eu aucune douleur depuis l'opération. La température vaginale oscille entre 38° et 37°,5.

Le 27, 10e jour. — On enlève les points de suture restants. Aucune trace de réaction locale.

Le 30. — On enlève le drain cutané.

Le 2 *août*, 14e jour. — On supprime la gouttière.

Le 3 *août*, 15e jour. — La malade meut sa jointure ; elle n'éprouve aucune douleur, mais seulement une légère raideur et un peu de tiraillement dans la flexion de la jambe. L'extension s'exécute parfaitement; aucune douleur à la pression.

Le 5 *août*, 17e jour. — La malade se lève et marche sans aucun appui.

Elle sort le 10 août, 22 jours après l'opération. Nous revoyons la malade le 10 octobre. La marche s'exécute sans peine. Il existe simplement une très légère raideur dans le mouvement de flexion. Il ne reste plus la moindre douleur. D'autre part, l'état général s'est transformé du tout au tout. La malade a pris de l'embonpoint et des couleurs; elle est extrêmement gaie. De plus, son état névropathique, son irritabilité, sa tendance à l'hypochondrie ont disparu complètement. La malade commence, dit-elle, une existence nouvelle.

L'examen histologique des tumeurs enlevées, fait au laboratoire de la Faculté par M. Variot, a démontré qu'il s'agissait là, non pas de né-

vromes, comme on l'avait cru au premier abord, mais de tumeurs de nature fibreuse.

Dans cette observation, il y a plusieurs points sur lesquels je désire attirer l'attention.

Le diagnostic présentait la plus grande difficulté, et j'avais pensé, comme probablement ceux qui avaient soigné la malade avant moi, si l'on en juge du moins par les traitements prescrits, j'avais pensé, dis-je, à une lésion inflammatoire du condyle interne. Celui-ci au contraire était intact, les tumeurs fibreuses que j'avais enlevées adhéraient seulement au périoste sans avoir de relations avec l'os.

Mais qu'étaient ces tumeurs si nombreuses, si douloureuses, de volume si différent et profondément placées sur le périoste? Je ne connaissais aucune observation analogue.

Par leur aspect extérieur, ces tumeurs rappelaient les névromes ; j'avais précisément dans mon service un malade atteint de névromes multiples, dont plusieurs devenus douloureux ont dû être enlevés; leur examen fut fait avec beaucoup de soin par M. le Dr Variot; je le priai alors de vouloir bien faire aussi l'examen des nouvelles tumeurs sus-périostiques, afin de pouvoir les comparer aux névromes.

Voici la note que me remit M. Variot :

« Le fragment de tumeur que j'avais coupé avait été traité par l'acide osmique et parfaitement conservé. — Son aspect macroscopique rappelait sensiblement celui des névromes multiples dont je vous ai donné antérieurement la description ; il était subdivisé en petites masses faiblement unies les unes aux autres ; la coupe, vue à un très faible grossissement, donnait l'image de gros faisceaux coupés perpendiculairement; mais les recherches les plus minutieuses ne m'ont pas permis de voir, dans la *trame fibreuse* assez dure qui constitue ces masses, les tubes nerveux si caractéristiques que l'on trouvait en grande quantité dans les vrais névromes. A part une apparence de tourbillons très accentuée, le tissu fibreux de ces fibromes n'offre rien de particulier. Sur une des masses coupées, la section du faisceau fibreux se présente sous la forme de petites zones circulaires, sans que néanmoins cette décomposition en faisceaux soit à beaucoup près aussi caractérisée que dans les tendons.

« En résumé, les tumeurs que j'ai examinées sont des *fibromes.* »

L'examen histologique démontre donc que ces tumeurs ne sont pas des névromes. Pendant leur ablation, je n'ai vu aucun filet nerveux en rapport avec elles.

Ce sont des *fibromes* fermes, élastiques, blanchâtres, réunis les uns avec les autres par un tissu conjonctif fin assez serré, leur forme est arrondie, ovalaire, modifiée par le contact réciproque des tumeurs voisines.

Ces fibromes étaient le siège de douleurs extrêmement vives et devaient être rapprochées du groupe des tumeurs désignées sous le nom de *tubercules sous-cutanés douloureux*, dont les fibromes forment la plus grande partie. — Seulement, chez notre malade, au lieu d'être dans le tissu cellulaire sous-cutané ou à la face profonde du derme, les tumeurs s'étaient développées à la surface du périoste, auquel elles adhéraient fortement. Comme je l'ai dit, elles recouvraient la face interne du condyle interne et leur couche se continuait en longeant le bord du cartilage articulaire jusque sur la face antérieure du fémur, derrière le tendon du triceps.

Ces tumeurs peuvent être désignées sons le nom de *fibromes douloureux sous-périostiques*. Le développement en avait été très lent, puisque le début de la maladie remontait à 19 ans; la surface de l'os était creusée en godets. Je n'ai trouvé qu'une observation de Fock qui put être rapprochée de celle-ci, il s'agissait, dans ce cas, d'un fibrome douloureux développé sur le périoste de la face interne du tibia.

Pendant l'opération, j'ai dû inciser le muscle vaste-interne dans l'étendue de quelques centimètres; au lieu de faire une suture traversant à la fois la peau et le muscle, j'employai la *suture à étages*, que j'avais vu mettre en pratique par le professeur Socin, de Bâle; je réunis les lèvres de l'incision du muscle par une suture perdue au catgut et par dessus je fis la suture de la peau avec du fil d'argent.

J'ai eu dernièrement encore l'occasion d'employer la suture à étages de Socin chez un homme qui avait, à la partie externe de la cuisse, une plaie profonde faite par une lame de verre et intéressant les muscles. Je réunis les muscles sectionnés par une suture perdue au catgut et par dessus je fis la suture de la peau; le membre fut maintenu dans l'extension. Il y eut réunion par première intention.

J'appelerai encore l'attention sur l'opération elle-même; l'articulation a dû être largement ouverte, une éponge a été placée dans son intérieur pendant l'ablation des tumeurs, et un tube à drainage y a été laissé pendant quatre jours; cependant les suites ont été aussi simples que possible, la température n'a atteint que deux fois 38°; la gouttière dans laquelle le membre était placé a été enlevée le seizième jour; le 17ᵉ il a été permis à la malade de remuer la jambe dans son lit, le 19ᵉ elle s'est levée, et le 24ᵉ jour elle est sortie de l'hôpital complètement guérie. Nous

l'avons revue plusieurs fois depuis et, hier encore, la guérison persiste.

Je crois qu'une opération de ce genre montre mieux qu'une amputation, ou l'ablation d'une tumeur quelconque, toute la valeur de la méthode antiseptique rigoureusement suivie. Je ne pense pas qu'une autre méthode de pansement eût donné un résultat aussi favorable ; pour moi, je n'aurais pas voulu entreprendre cette opération sans la méthode antiseptique.

Une autre conséquence de l'opération a été la transformation subie par l'état général de la malade.

Elle était maigre, pâle, irritable, nerveuse ; son appétit et son sommeil sont revenus, elle a pris des couleurs, elle a augmenté de poids, le nervosisme a complètement disparu, c'est, dit-elle, une nouvelle existence.

Discussion.

M. Richelot. Je rapprocherai du fait de M. Nicaise, comme exemple de tumeur douloureuse, un cas de lipome de la face interne du genou, que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu chez une jeune fille. Les douleurs étaient telles que j'hésitais entre un lipome et un névrome. — L'ablation fut facile, il n'y avait aucun rapport avec l'articulation; la guérison fut rapide et les douleurs disparurent.

M. Monod. J'ai assisté M. Verneuil dans une opération qui se rapproche de celle citée par M. Richelot.

Un malade éprouvait dans la jambe des douleurs très vives, la marche n'était possible qu'avec des béquilles, et une recherche attentive n'a pu faire reconnaître la cause de ces douleurs. Il existait vers la tête du péroné une petite tumeur indolente qui fut prise pour un angiome et considérée comme étant peut-être la cause des douleurs. Elle fut excisée, c'était un lipome ; le soulagement fut absolu.

Ces faits sont difficiles à interpréter, car des tumeurs peuvent être douloureuses sans qu'on y trouve de filets nerveux.

M. Nicaise. Ces observations, ainsi que celle je viens de vous communiquer, rentrent dans ce groupe de tumeurs que Broca a désignée sous le nom de tumeurs irritables.

Elections

A deux places de membres correspondants étrangers : votants, 21.

M. Sands (de New-York) obtient...	20	voix.
M. Mosetig Moorhof (de Vienne)...	19	—

MM. Sands et Mosetig Moorhof sont élus.

A trois places de correspondants nationaux :

Premier tour : votants, 21.

M. Cauvy obtint........	17	voix.
M. Demons......................	15	—
M. Guerlain....................	8	—
M. Martel......................	7	—
M. Gallerand...................	3	—
M. Malherbe....................	2	—
M. Turgis......................	2	—

MM. Dechaux, Piedvache, Herbet, Dieu, Jeannel, Roustan, Chavernac, Olivier, Eustache, chacun 1 voix.

MM. Cauvy et Demons sont élus.

Deuxième tour, pour la troisième place : votants, 22

M. Martel obtient................	11	voix.
M. Guerlain......................	6	—
M. Turgis........................	4	—

Troisième tour : votants, 22.

M. Martel obtient................	15	voix.
M. Guerlain......................	6	—

M. Martel est élu membre correspondant national.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 10 janvier 1883.

Présidence de M. Labbé.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques.

2° Des lettres de remerciements de MM. Cauvy, Demons et Martel nommés membres correspondants.

3° *Des courants électriques dans le traitement de certaines affections chirurgicales*, par le Dr Francesco Dichiara, de Palerme.

4° Une lettre de M. le Dr Gripat, d'Angers, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

5° Une observation d'*Épiplocèle enkystée et enflammée*, par le Dr Piechaud, de Bordeaux. (Rapporteur, M. Terrier.)

A propos du procès-verbal.

Sur l'amputation ostéo-plastique du pied.

M. Verneuil. A propos de l'amputation ostéo-plastique du pied par son procédé, M. Le Fort vous a présenté des chevilles d'acier qui sont employées pour maintenir les os en contact, et quoiqu'il ait toujours vu les os se souder sans suture, néanmoins il reconnaît l'utilité de cette suture. — Je vous ai, à ce sujet, parlé d'un malade opéré par M. Terrillon, et chez lequel il y a une pseudarthrose entre les deux os. J'ai pensé que ce malade intéresserait M. Le Fort et qu'il pourrait nous indiquer un moyen prothétique de remédier au défaut de suture, je vais donc vous le présenter. La mobilité du fragment calcanéen rend la marche difficile, mais le moignon est superbe et il n'y a pas à redouter d'inflammation consécutive.

M. Le Fort. Il y a, en effet, une pseudarthrose chez ce malade ;

mais M. Farabeuf me fait remarquer qu'il a subi plutôt l'amputation de Pirogoff, modifiée par Sédillot, que la mienne; le calcanéum et le tibia ont été coupés très obliquement, ce qui a rendu le déplacement plus facile; je dégage donc un peu mon opération de la responsabilité de l'inconvénient signalé. — Néanmoins, je dirai qu'on éprouve des difficultés, surtout au début, à maintenir les surfaces en contact, aussi suis-je disposé à employer la suture, avec laquelle on évite le déplacement des os.

Chez le malade de M. Verneuil, on peut employer un appareil prothétique ou même essayer de ramener le pied en bonne position et d'obtenir la soudure en agissant comme dans les pseudarthroses.

Rapport

sur un travail de M. le Dr Beauregard (du Havre), intitulé : *Observation de thyroïdectomie,*

Par M. Delens.

La dissection par le bistouri a été, jusqu'ici, la méthode à laquelle ont eu recours presque tous les opérateurs dans les ablations du corps thyroïde, dont les observations se sont beaucoup multipliées depuis quelques années. L'écraseur linéaire, l'anse galvanique et même la ligature élastique ont cependant été employés dans quelques cas exceptionnels. Mais il peut arriver qu'au cours d'une opération commencée avec le bistouri, en présence de difficultés imprévues ou, encore, pour parer ultérieurement à des complications, le chirurgien se trouve amené à modifier le plan qu'il s'était proposé de suivre.

C'est à ce titre que l'observation de M. Beauregard mérite notre attention et renferme quelques enseignements profitables. L'auteur, en effet, après avoir cherché à disséquer la tumeur thyroïdienne, dut y renoncer, par suite, dit-il, de la largeur, du pédicule et de l'abondance des plexus veineux qui l'entouraient. Il traversa la base de la tumeur par deux tiges d'acier en croix et fit avec un gros fil de caoutchouc une ligature au-dessous. Mais la constriction resta imparfaite, et au bout de cinq jours, après un commencement de sphacèle, il y eut une hémorragie abondante qui obligea l'opérateur à appliquer une chaîne d'écraseur et à sectionner tout ce qui restait de la tumeur. L'opéré a heureusement guéri.

E. F..., âgé de 28 ans, journalier aux Docks, grand et vigoureux, portait depuis l'âge de 14 ans, une petite tumeur à la partie antérieure du cou, qui ne l'incommodait pas et restait stationnaire. Mais dans les deux dernières années elle prit un accroissement rapide, à la suite d'une aggression violente, suivie de perte de connaissance, dont il fut l'objet.

Au moment de l'examen, la tumeur avait le volume d'une assez grosse orange ; elle était arrondie, lisse et formée de trois lobes ; le lobe médian était le plus volumineux et le gauche peu apparent. Elle descendait jusqu'au sternum en bas et refoulait latéralement les sterno-mastoïdiens. La peau était saine, mais il y avait des phénomènes de compression de la jugulaire externe à droite.

La mobilité verticale de la tumeur avec le larynx, dans les mouvements de déglutition, fit diagnostiquer un *kyste thyroïdien*. Cependant il n'y avait pas de fluctuation appréciable. Les troubles fonctionnels consistaient en accès de suffocation pendant le travail et les efforts, raucité de la voix et même, quelquefois, aphonie complète pendant les accès. Il n'y avait pas de dysphagie.

Une ponction aspiratrice, faite par le Dr Beauregard, donna issue à du sang rutilant. Au mois de juillet 1882, une injection iodée fut suivie d'une inflammation intense avec aphonie et oppression. Les troubles fonctionnels augmentant, le malade réclama une opération.

Celle-ci est pratiquée le 5 septembre, avec anesthésie par le chloroforme. Une incision verticale et médiane découvre la tumeur qu'entoure un lacis de vaisseaux volumineux. Un diverticule du lobe gauche, s'enfonçant un peu sous l'articulation sterno-claviculaire, est difficile à dégager ; le lobe droit s'isole plus facilement. La brièveté et la largeur du pédicule empêchent la dissection et la ligature des artères thyroïdiennes. C'est alors que le Dr Beauregard traverse en croix la tumeur par deux tiges d'acier et place au-dessous une ligature peu serrée formée, par un tube de caoutchouc de 5 millimètres de diamètre. Une couche de coton-charpie maintenue par une bande phéniquée recouvre la plaie.

Les accidents imminents d'asphyxie diminuent ; la respiration s'effectue mieux ; il y a seulement un peu de gêne de la déglutition et de la raucité de la voix.

Le lendemain, la température est à 39° dans la matinée ; elle atteint 40° le soir.

Le 8 septembre, troisième jour après l'opération, la tumeur est partiellement sphacélée à sa partie supérieure. La température est à 40°.

Le 9 septembre au matin, une hémorragie veineuse abondante se déclare. Le tube élastique est enlevé et remplacé par une chaîne d'écraseur. La section est achevée en une demi-heure, malgré des menaces d'asphyxie. Mais l'hémorragie s'est arrêtée et, pour en prévenir le retour, la plaie est couverte de coton et de perchlorure de fer.

Le lendemain, bien que la température reste à 40°, l'amélioration est notable et elle s'accentue rapidement pendant les trois jours qui suivent.

Le 15 septembre l'opéré se lève une demi-heure.

Le 25, la cicatrisation de la plaie est en bonne voie. Il n'y a ni suffocation, ni oppression, ni raucité de la voix.

Au bout d'un mois, la guérison est complète.

Les trois photographies jointes à l'observation permettent de juger de l'aspect du malade avant et après l'opération.

L'examen de la tumeur enlevée donne les résultats suivants : elle pèse 285 grammes et mesure 15 centimètres dans son diamètre transversal, 8 centimètres dans le diamètre vertical et 7 centimètres dans le diamètre antéro-postérieur. Les parois de la poche sont épaisses, mais souples cependant. Cette poche est remplie de sang coagulé avec tractus blanchâtres. Les restes du corps thyroïde sont parsemés de nombreuses concrétions calcaires.

L'impression qui se dégage de la lecture de cette observation est complexe. Le succès obtenu est fort beau et assurément incontestable. Mais devons-nous en conclure que la dissection par l'instrument tranchant reste impuissante dans certains cas à débarrasser les patients de ces sortes de tumeurs ? Faut-il y voir un exemple favorable d'application de la ligature élastique, ou bien l'écrasement linéaire doit-il obtenir les honneurs de la guérison ?

Nous pensons qu'il y a des cas dans lesquels l'achèvement de la dissection d'une tumeur thyroïdienne peut être rendue impossible, même aux mains les plus habiles, par le développement excessif des vaisseaux. Toutefois, il ne nous semble pas que la description donnée par M. Beauregard apporte la preuve qu'il existait des difficultés insurmontables chez son malade, et l'on peut se demander si l'emploi des pinces à forcipressure, la ligature méthodique des troncs veineux et artériels et le détachement des adhérences à l'aide de la spatule ou de tout autre instrument mousse n'eussent pu venir à bout des difficultés ?

D'autre part, la ligature élastique pourrait sans doute être essayée comme méthode primitive d'ablation, et un chirurgien italien, G. Fiorani, l'a conseillée dans un travail publié à Milan, en 1881 et que nous n'avons pu malheureusement nous procurer. Mais la ligature élastique ne pourrait réussir qu'à la condition d'exercer d'emblée une constriction capable d'amener la mortification totale de la tumeur, et M. Beauregard a été empêché de donner une tension suffisante à son fil par les accidents asphyxiques qui se produisaient.

Quant à l'écraseur linéaire, si nous envisagions la seule observation de M. Beauregard et si nous ne consultions que notre confiance habituelle dans cet excellent instrument, nous serions tenté de croire qu'il peut assurer l'hémostase dans l'ablation des tumeurs thyroïdiennes. Mais, malgré quelques cas heureux,

il ne faut pas se hâter d'en généraliser l'emploi. Si la section a pu être opérée en un temps relativement très court une demi-heure) dans l'observation qui nous occupe, sans qu'aucune hémorrhagie s'en soit suivie, c'est que depuis cinq jours la constriction du fil élastique avait déjà modifié les tissus. Si l'on devait d'emblée appliquer l'écraseur, il faudrait agir avec une lenteur telle qu'elle deviendrait inapplicable. Chassaignac avoue (*Traité des opérations chirurgicales,* t. II, p. 559) avoir eu dans sa pratique deux cas désastreux. Pour conserver à l'écraseur ses propriétés utiles « il faut, dit-il, que l'opération soit très lente : *un jour entier, deux jours peut-être.* » Cette proposition de l'inventeur de la méthode devra faire réfléchir les chirurgiens qui voudraient l'appliquer à l'ablation des tumeurs thyroïdiennes.

En résumé, l'intéressante observation de M. Beauregard nous montre les ressources que la ligature élastique et l'écrasement linéaire peuvent fournir au chirurgien en présence de certaines difficultés ou complications opératoires, mais nous pensons que le bistouri et une dissection attentive restent, jusqu'à nouvel ordre, la méthode la plus sûre et la plus générale pour l'ablation des tumeurs thyroïdiennes.

Discussion.

M. Richelot. Je ne me rends pas bien compte des craintes que M. Beauregard a éprouvées et qui l'on conduit à faire une ligature en masse de la tumeur en avant de la trachée, au lieu d'une dissection. S'il y a entre la tumeur et la trachée un tissu cellulaire lâche, l'opération est facile, si, au contraire, il y a des adhérences intimes, comme j'en ai rencontrées chez un de mes opérés, alors l'application de broches en croix me paraît impossible et la dissection nécessaire.

M. Farabeuf. M. Richelot a extirpé deux tumeurs du corps thyroïde avec adhérences à la trachée ; je ferai remarquer que ces adhérences sont naturelles, et je demande à M. Richelot si elles ne doivent pas gêner le chirurgien ainsi que les sortes de ligaments latéraux qui existent entre la trachée et la thyroïde. Dans un cas, ces adhérences étaient telles que la trachée a été ouverte.

M. Richelot. Quand les ligaments normaux ne sont pas transformés en tissu pathologique ils ne gênent pas ; mais s'il y a du tissu lardacé entre la trachée et la tumeur, la dissection seule permet de les séparer.

M. Delens. Je rappellerai seulement à M. Richelot que M. Beauregard s'est décidé à faire une ligature en masse parce qu'il y avait des veines volumineuses en avant de la tumeur et de la trachée.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Du Phlegmon diffus osseux juxta-conjugal (Périostite phlegmoneuse, ostéomyélite, etc., etc.),

Par M. Larger.

Dans la discussion qui eut lieu en 1879, à la Société de chirurgie, à propos d'un travail de M. Pamard, d'Avignon, et à la suite d'un mémoire de M. Lannelongue, intitulé : « *De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance* », mémoire antérieurement communiqué à l'Académie de médecine, la Société, on s'en souvient, se partagea entre les deux opinions suivantes : les uns, poursuivant de près ou de loin la tradition de Chassaignac et de nos maîtres Schützenberger et Boeckel, de Strasbourg, admirent deux entités morbides à peu près distinctes : la première (abcès sous-périostique, périostite phlegmoneuse...) la première, dis-je, superficielle, mais pouvant dans certains cas devenir plus profonde et se confondre avec la deuxième ou ostéomyélite, appelée encore typhus des membres ; — les autres, se ralliant plus ou moins étroitement à l'opinion avancée dans le travail de M. Lannelongue, défendirent l'unicité absolue de l'affection et acceptèrent le terme générique d'ostéomyélite précédemment employé par M. Trélat, voulant indiquer par là la nature ou l'origine constamment centrale, profonde de la maladie. En un mot, les premiers se montrèrent *dualistes*, les seconds, *unicistes*.

De la diversité des doctrines résultait logiquement la diversité des traitements. Des dualistes, les uns, plus réservés, se contentaient de la simple incision de l'abcès sous-périosté ; les autres, plus audacieux, prônaient, à la suite de Holmes, la résection précoce de l'os. Les unicistes — et avant tous les autres, M. Lannelongue — recommandaient la trépanation précoce de l'os d'une manière générale. Je ne parle pas de l'amputation, ressource ultime à peu près pour tout le monde.

Ces divergences étaient, il faut en convenir, peu faites pour mettre le praticien à l'aise. Il importait de se faire une opinion

cependant, et, un malade étant donné, d'intervenir dans un sens ou dans l'autre.

Il est un fait qui frappe tout d'abord, je veux parler des efforts impuissants que tentèrent, dans le cours de cette intéressante discussion, les partisans du dualisme pour distinguer cliniquement l'ostéomyélite de la périostite phlegmoneuse. M. Verneuil, fort d'une expérience et d'une autorité également incontestées, n'avait pas craint de taxer de romanesque la description séparée qu'en avait antérieurement faite Chassaignac. L'erreur de ce dernier, par cela même que c'était une erreur sans doute, avait été, selon l'usage invariable, répétée à l'envi par les classiques. D'un autre côté, rien n'était moins démontré que les malades atteints de soi-disant périostite phlegmoneuse et qu'on avait traités par l'incision, fussent définitivement guéris. Les faits de M. Lannelongue plaidaient éloquemment pour la négative.

J'étais aussi frappé par ce que j'avais pu voir par moi-même, et je me trouvais encore sous l'impression d'un cas de mon observation personnelle de pseudo-périostite phlegmoneuse du fémur que j'avais classiquement traité par l'incision, et dont l'enfant qui en était le sujet, conservait encore, quand je le perdis de vue, plusieurs années après, une fistule intarissable avec hyperostose des condyles fémoraux. Tout, en un mot, me ralliait à la doctrine si magistralement développée par M. Lannelongue, doctrine dont l'exemple suivant, ajouté à beaucoup d'autres, confirme tout particulièrement la justesse.

OBSERVATION.

Phlegmon diffus juxta-conjugal de l'extrémité supérieure du tibia gauche. — Trépanation et évidement. Phlegmon secondaire juxta-conjugal de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. — Arthrite purulente du coude droit. — Aspiration. — Guérison avec exfoliation légère de tibia et ankylose du coude.

S...(Louis), 12 ans 1/2, à Sartrouville, maigre, un peu lymphatique, mais d'une bonne santé habituelle. Conditions hygiéniques satisfaisantes. Antécédents des père et mère excellents. Toutefois la mère a eu il y a quelque temps deux anthrax énormes du dos, de la largeur d'une assiette chacun, traités et guéris, ceci soit dit en passant, par des compresses de chlorate de potasse, sans incision; traitement que je tiens de mon regretté maître, le professeur Küss, de Strasbourg.

Fin janvier 1882, éruption scarlatineuse que je suis appelé à soigner. Evolution normale. — Le 27 février suivant je suis mandé pour un embarras gastrique léger contre lequel je prescris un vomitif. Le len-

demain, et comme incidemment, la mère m'apprend que depuis quelques jours, son fils se plaint d'avoir la jambe gauche *lourde*, en marchant, surtout quand il descend les escaliers. Aujourd'hui, c'est une douleur au genou du même côté qu'il accuse. Cette douleur, très insignifiante au repos, augmente cependant un peu à la pression. Elle siège immédiatement au-dessous du cartilage de conjugaison supérieur du tibia, dans un espace très limité où l'on sent un léger empâtement. La peau est normale, un peu chaude, mais sans la moindre rougeur. L'articulation du genou est parfaitement indemne.

L'état général est celui d'hier; temp. 38°. De l'enquête minutieuse à laquelle je me livre, il résulte que la cause du mal ne peut se rattacher ni au froid, ni à la fatigue, ni à un traumatisme quelconque. Cependant des voisins m'ont affirmé que l'enfant était tombé sur un tas de cailloux quelque temps auparavant, et était rentré chez lui en boitant. Y a-t-il eu entorse juxta-épiphysaire ? Je suis fortement tenté de le croire, surtout à en juger par les suites si bien indiquées par M. Ollier. Quoi qu'il en soit, je prescris un petit vésicatoire volant et de la compression ouatée, en faisant les réserves les plus formelles quant au pronostic.

Ceci se passait le mardi, je revis l'enfant le mercredi et le jeudi. Pendant ce temps la douleur augmente rapidement et devient considérable, cruciante surtout la nuit ; à la pression elle est toujours plus intense au point du début qu'ailleurs. L'empâtement de l'os fait les mêmes progrès, en se dirigeant du côté de la diaphyse ; enfin fluctuation profonde difficile à percevoir. Il s'y joint de l'œdème dur des parties molles, mais toujours sans rougeur à la peau et sans bourrelet terminant l'induration. L'état général n'est pas beaucoup plus sérieux, langue blanche, anorexie, temp. 38°,5, pas le moindre délire.

Je propose une intervention immédiate, ou tout au moins pour le lendemain, vendredi matin ; mais, croyant à une exagération de ma part, les parents s'y refusent. Le vendredi matin, le mal a progressé notablement : tuméfaction considérable, chaleur locale intense, sans changement de coloration à la peau, la fluctuation se perçoit plus nettement, la douleur est de plus en plus violente. Temp. 39°,2 ; état typhoïde.

Le lendemain matin, samedi, 4 mars, l'opération est pratiquée avec l'aide de MM. les Drs Mire et Villiers-Herluison, de Saint-Germain. Temp. 40°.

Chloroformisation. — Application de l'appareil d'Esmarch. — Précautions listériennes. — Incision étendue le long de la face interne et supérieure du tibia, allant jusque sur l'os. Manchon périostique de pus phlegmoneux entourant toute la partie supérieure du tibia, sur une longueur de 10 centimètres environ. L'abcès est resté sous-périosté, c'est-à-dire qu'il n'a pas envahi les parties molles. Lavage minutieux de la poche purulente avec la solution phéniquée forte. Des plaques gangréneuses vertes, gris-ardoisées et même noires se remarquent sur différents points dans l'épaisseur du périoste ; la surface dénudée du tibia est assez lisse, sa coloration varie du blanc-jaune au gris bleuâtre (sous l'ischémie d'Esmarch).

Tous ces symptômes se rapportaient évidemment beaucoup plus à l'abcès sous-périostique qu'à l'ostéomyélite, et en toute raison l'opération devait en rester là. Tel était l'avis des confrères qui m'assistaient ; mais, prévoyant leurs objections, je m'étais à l'avance, fait délivrer un blanc-seing, et mon plan opératoire se trouvait parfaitement arrêté.

J'appliquai donc une tréphine immédiatement au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, point de départ de l'affection et centre de la douleur à la pression. L'ablation d'une rondelle d'os, d'environ un centimètre d'épaisseur, me fit voir le tissu spongieux rouge (j'opérais complètement à sec). Creusant alors avec la rugine, je rencontre du tissu spongieux gris-ardoisé, et enfin je parviens à faire sourdre une goutte de pus. J'agrandis aussitôt l'ouverture à l'aide d'une nouvelle couronne de trépan, puis d'une deuxième placées toutes deux immédiatement au-dessous de la première.

A l'aide du burin, de la gouge et du mailiet, je mets complètement à découvert un vaste foyer purulent, irrégulier et anfractueux. Je pratique ainsi l'évidement d'une notable portion de la tête du tibia jusqu'à ce que je ne rencontre partout que le tissu osseux sain, peu ou point coloré. Pendant tout ce temps le pus n'a cessé de couler, surtout de la partie supérieure du foyer, du côté du cartilage conjugal.

Ainsi que le recommande M. Lannelongue, et bien qu'une couche de tissu osseux sain d'une certaine épaisseur paraisse séparer la cavité purulente d'avec le canal médullaire, j'applique la tréphine sur la diaphyse de l'os, à un pouce environ du cartilage conjugal, et en plein dans le tissu osseux normal et sain, quoique dénudé. Le canal médullaire ouvert, il s'en écoule une petite quantité de lymphe incolore dans laquelle nagent quelques gouttelettes huileuses ; mais il n'y a pas le moindre trace de pus. La moelle est donc intacte.

Lavage phéniqué. Un gros drain de caoutchouc de chaque côté du tibia. Pansement de Lister et bandage ouaté compressif.

Le lendemain, 5 *mars*, on lève le pansement qu'on trouve fortement imprégné de liquide. Les cavités osseuses sont obstruées par des caillots sanguins. Le malade a reposé la nuit (T. 37°,8), mais a vomi son potage ce matin. Urines ictériques. Sulfate de quinine qui est continué jusqu'au 25 mars à la dose quotidienne de 0gr, 50 ou 0gr, 30.

6 *mars*.— Ictère des bulbes oculaires. T. 38°,6. P. 120. Langue mauvaise.

7 *mars*. — Ictère de plus en plus prononcé, affaiblissement, malaise, état typhoïde. T. 38°.8. P. 120. Contre mon gré, le pansement ne peut être renouvelé.

8 *mars*. — T. 38°,6 P. 112. Les liquides suintent à travers le pansement. Légère odeur provenant de la gangrène des caillots sanguins des cavités osseuses. Ces caillots sont retirés. L'ictère diminue. Léger appétit.

9 *mars*.—T. 39°. P. 96.—Même état. Le pansement est intact et sans la moindre odeur.

10 *mars*. T. 38°,8. P. 96. — Pansement. Les lèvres de la plaie sont roses. Pas d'odeur. Liquide puriforme imprégnant la plaie et s'écoulant surtout par la partie supérieure (partie conjugale).

11 *mars*. —T. 38°,6, P. 100.

12 *mars*. — T. 39°,1, P. 112. Hier, après la visite, le malade en se soulevant sur le coude droit, y sentit un léger craquement. Depuis lors, douleur. L'examen du coude révèle un épanchement de liquide dans l'articulation; les os sont insensibles à la pression, sans gonflement apparent. Compression ouatée et immobilisation. Pansement de la plaie de la jambe.

13 *mars*. — T. 38°,6. P. 114. Mauvaise nuit, agitation.

14 *mars*. — T. 38°,6, P. 100. L'épanchement du coude droit reste stationnaire. La région du cartilage conjugal de l'humérus devient sensible et se gonfle légèrement. Peau chaude, tuméfiée.

15 *mars*. T. 38°. — P. 96. Au pansement de la plaie de la jambe : bourgeons charnus nombreux dans les cavités osseuses du tibia. Excellent aspect de la plaie, appétit toujours bon : le malade faiblit cependant.

16 *mars*. — T. 37°,8 le matin, 38°,4 le soir.

17 *mars*.—T. 37°,6 matin, 38°,2 soir. Humérus un peu moins douloureux spontanément et à la pression. Gonflement articulaire stationnaire. Peau un peu moins chaude.

18 *mars*.—T37°,8. P. 100. Au jarret, la plaie bourgeonne bien: traînées rouges sur l'os dénudé, surtout vers la diaphyse; au-dessus, la surface de l'os noircit.

19 *mars*.— T. 37°,8. P. 100.

Etat général excellent. Bon appétit. Les forces reviennent un peu. Le coude est de moins en moins douloureux.

Jusqu'au 1er *avril* la température est en moyenne de 38,5 le soir et de 37,5 le matin. La plaie va de mieux en mieux : l'ouverture du canal médullaire du tibia est entièrement fermée par un bouchon de granulations.

L'épanchement articulaire du coude restant stationnaire, malgré la compression et l'immobilité, je me décide à faire l'aspiration avec l'appareil Potain. Je recueille 4 à 5 cuillers à soupe d'un liquide séro-purulent. Le coude est ensuite bien immobilisé à angle légèrement aigu, afin d'obtenir l'ankylose, désormais inévitable, dans de bonnes conditions. Le malade se lève et marche à l'aide des béquilles. Température presque normale ; état général satisfaisant.

15 *avril*.—Le travail d'exfoliation du tibia me paraissant achevé, je me dispose à enlever l'esquille ; mais le malade m'échappe et entre à Beaujon, dans le service de M. Tillaux, qui m'a dit avoir retiré une esquille très mince et superficielle.

Aujourd'hui, le jeune garçon jouit d'une excellente santé. Le coude droit est définitivement ankylosé. La plaie du tibia est fermée. La marche s'accomplit encore à l'aide d'une béquille, en raison de l'atrophie qu'a subie la jambe malade, atrophie que le jeune S..., doué d'un entêtement peu ordinaire, s'est obstinément refusé à laisser combattre.

On ne saurait nier, je crois, que ce fait ne vienne corroborer les deux conclusions capitales du mémoire de M. Lannelongue, à sa-

voir : 1° L'inanité de l'existence du dualisme de Chassaignac (abcès sous-périostique, ostéomyélite) ; 2° la nécessité de la trépanation précoce de l'os, à l'endroit le plus douloureux à la pression, qui est aussi celui par où débute le mal, c'est-à-dire au niveau de ce que M. Lannelongue a appelé si heureusement le bulbe osseux. Ainsi, au point de vue de la doctrine, je ne puis que me ranger sans réserves à celle de M. Lannelongue. Mais si, d'une part, je suis heureux de reconnaître ma parfaite entente avec lui quant à l'idée, de l'autre, j'ai le regret de m'en séparer quant au terme qui prétend exprimer cette idée. En proposant, en effet, le nom d'ostéomyélite, M. Lannelongue, suivant d'ailleurs, en ceci l'exemple de M. Trélat, nous a donné une définition plutôt histologique que clinique de la maladie. Je m'explique : par le mot ostéomyélite, M. Lannelongue n'a pas eu tant en vue l'inflammation du canal médullaire de l'os que celle des cellules embryonnaires de la moelle qui se trouvent répandues dans les canaux de Havers et sous le périoste lui-même. La preuve en est dans cette partie de son mémoire, qui n'est certes pas la moins intéressante, où il décrit l'ostéomyélite des os courts et des os plats, lesquels sont dépourvus de canal médullaire. Peut-être même M. Lannelongue s'est-il laissé entraîner à dépasser le but par son désir de réagir contre l'idée que l'affection est superficielle, périostique en un mot, et sans doute par le mot ostéomyélite, a-t-il voulu marquer encore le caractère profond de la maladie ? — Il vaut mieux, je crois, laisser aux mots leur signification propre, autrement on s'expose à de fâcheuses confusions. Pour le commun des mortels, ostéomyélite a toujours voulu dire : inflammation du canal médullaire de l'os, contenant et contenu. Or, la maladie que nous avons en vue peut exister, même dans un os long, sans que le canal médullaire soit atteint le moins du monde. C'est d'ailleurs ce que prouve avec évidence l'observation ci-dessus. Sans doute la suppuration du canal de la moelle en est une conséquence souvent fatale, mais elle n'est qu'une complication, au même titre que le décollement des épiphyses, les fractures spontanées, l'arthrite purulente, etc. La maladie peut se manifester sans elle, et avec un caractère de gravité considérable, ainsi que le démontre encore notre fait. Enfin l'affection se montre, je le répète, dans les os dénués de canal médullaire.

Pour toutes ces raisons, il paraît difficile d'admettre le terme d'ostéomyélite. Mais de quel nom alors faut-il appeler la maladie ? — J'avoue que l'embarras est extrême, car il existe à peu près autant de noms qu'il y a d'auteurs, chacun n'exprimant qu'une des lésions anatomiques ou l'une des complications qui peuvent se présenter durant les diverses phases de la maladie. Et il n'en pou

vait être autrement, tant que l'histoire de cette dernière n'était pas plus avancée ; mais aujourd'hui, nous sommes, on peut le dire, en possession des éléments indispensables à l'établissement d'une définition. J'y ai fait mes efforts, et si je ne puis me flatter d'avoir atteint le but, du moins, la nécessité me tiendra-t-elle lieu d'excuse.

Toute définition, on le sait, doit être une synthèse des caractères essentiels de la maladie. Ici, c'est le PHLEGMON, le PUS qui caractérise tout d'abord l'affection. Et en ceci, l'histologie est parfaitement d'accord avec la clinique. On lit en effet, dans le traité de Cornil et Ranvier (dernière édition, p. 399) : « La maladie consiste « essentiellement dans une inflammation suppurative diffuse qui « peut siéger dans toutes les parties de l'os, sous le périoste, dans « les couches superficielles, dans le corps même de l'os ou dans la « moelle centrale. »

Et plus loin (page 400) : « Nous avons donc affaire à une inflam- « mation dont le pus constitue la néoformation principale. »

Dirons-nous : périostite, ostéite, ostéo-périostite ou ostéomyélite phlegmoneuse ? — Ces diverses appellations ont été inventées jusqu'ici pour s'exclure les unes les autres ; d'ailleurs elles ont chacune un caractère de précision anatomique qui, on vient de le voir, ne répond pas à la réalité des faits. Le terme de *phlegmon osseux*, à l'avantage d'être plus simple, plus général, et partant plus clinique, tout en étant histologiquement exact, joindrait celui de concilier toutes les opinions, en résumant les diverses définitions des auteurs.

La maladie, prise dans son sens le plus général, — nous étudierons tout à l'heure ses modalités, — est donc un phlegmon osseux, mais un phlegmon osseux qui ne se montre pas à tous les âges, d'origine du moins, et qui ne naît pas indifféremment dans toutes les parties de l'os. Il paraît suffisamment démontré aujourd'hui que l'affection n'atteint que les adolescents, et que son point de départ habituel, sinon invariable, se trouve dans le voisinage du cartilage de conjugaison, périoste ou os. Il faut donc que, pour être complète, une définition de la maladie fasse mention de ces deux particularités. C'est ce que l'on constate dans les définitions de M. Gosselin et de l'école de Lyon (ostéite épiphysaire des adolescents, ostéo-périostite juxta-épiphysaire). Mais il convient de remarquer que « juxta-épiphysaire » et surtout « épiphysaire » manquent un peu de précision : « pré ou juxta-conjugal », ou encore « bulbaire, » conviendrait mieux. Ces termes qui sont des appellations anatomiques, créées par M. Lannelongue, à savoir : « conjugal », pour désigner le cartilage de conjugaison, et « bulbaire », le tissu spongieux contigu à ce cartilage, ces

termes, dis-je, présentent le double avantage de marquer à la fois le point de départ de l'affection et l'âge du sujet, car ni le cartilage conjugal ni le bulbe n'existent en dehors de l'adolescence. Mais entre deux termes, celui de juxta-conjugal me paraît préférable à celui de bulbaire, dont la trop grande précision éloignerait sans doute ceux qui pensent que l'abcès débute parfois par le périoste. Et à vrai dire, ces derniers pourraient bien avoir raison. Je demande à M. Lannelongue la permission de m'écarter de lui sur ce point, d'ailleurs fort secondaire et purement théorique, ainsi que cela sera établi un peu plus loin.

En effet, eu égard à la rapidité de la purulence, le pus se montre souvent avec une telle simultanéité sous le périoste et au centre de l'os, qu'on ne saurait dire d'une manière certaine d'où est parti l'incendie. — En un mot, cette définition générale de : « phlegmon osseux d'origine juxta-conjugale », ou, plus simplement encore : *phlegmon osseux juxta-conjugal,* définition qui ne s'appuie que sur des termes acceptables par tout le monde, me paraît répondre d'une manière assez concise aux doubles nécessités de l'histologie et de la clinique.

Mais s'il est démontré que le dualisme, tel que l'entendait Chassaignac, doive être décidément rejeté, il n'en est pas moins constant que la maladie, bien que ne constituant qu'une seule entité morbide, revête malgré celà deux formes cliniques plus ou moins distinctes. L'une maligne, envahissante, ayant une rapide tendance à se généraliser et à déterminer, avec un état typhoïde, une pyémie spéciale du côté des os et des articulations. C'est la forme aigüe de M. Gosselin. L'autre relativement bénigne, s'accompagnant d'accidents généraux bien moins graves et même parfois presque nuls; enfin, se localisant à l'épiphyse d'origine. C'est la forme chronique de M. Gosselin.

Ainsi le terme générique de la maladie sera : *phlegmon osseux juxta-conjugal;* selon la forme clinique qu'elle revêtira, on pourra dire : *phlegmon diffus juxta-conjugal* de tel os, dans le premier cas, et *phlegmon suppuré simple juxta-conjugal,* dans le deuxième cas.

Ici viennent surgir plusieurs questions fort importantes sans doute, mais qu'on ne peut que poser actuellement, et dont la solution appartient à l'avenir. Étant admis que la maladie est une maladie infectieuse, virulente même, et une maladie à microbe, en un mot, les deux formes cliniques dont nous venons de parler sont-elles dues au même microbe rencontrant des conditions de développement plus ou moins favorables ? Ou bien existe-t-il deux microbes distincts comme pour le charbon et le charbon symptomatique ? Enfin, on peut dire que ce microbe est au tissu osseux ce

que celui de la rage paraît être au tissu nerveux ? — On sait aussi l'identité que M. Pasteur prétend exister entre le microbe de l'ostéomyélite et celui du furoncle et de l'anthrax. Ce rapprochement qui surprend singulièrement au premier abord, trouvera peut-être un jour son explication clinique. Je rappellerai ici, à titre de curiosité, les deux énormes anthrax que portait la mère de mon jeune sujet, peu de temps avant la maladie de ce dernier : il y a peut-être là plus qu'une simple coïncidence.

Nous n'insisterons pas davantage sur des considérations qui pourraient nous entraîner bien au delà de notre sujet. Nous en retiendrons ce fait cependant que s'il est vrai que l'affection soit une maladie à microbe, — ce que tout semble démontrer d'ailleurs, — il en ressort cette conclusion importante : c'est qu'il faut, dès le début, atteindre le mal partout où il se trouve, et tout faire pour le couper jusque dans ses racines. Et si, d'une part, la présence du microbe vient à se révéler sous le périoste (abcès sous-périostique), comme d'autre part, cette couche sous-périostée a une infinité de communications avec le réseau des canaux de Havers dont elle ne constitue, durant la période de croissance, pour ainsi dire qu'une expansion, il y a fort à parier que ce même microbe pullulera jusque dans les canaux haversiens de l'intérieur de l'os. Et cela d'autant plus fatalement que le pus, bridé en dehors par le périoste, sera soumis à une pression centripète d'autant plus considérable que sa production sera plus rapide. La conclusion est que la trépanation,—à laquelle il sera bon d'ajouter l'évidement,— s'impose tout aussi impérieusement, que l'on admette l'origine profonde ou superficielle de l'affection. J'avais donc raison de dire tout à l'heure que le léger désaccord théorique que je signalais entre M. Lannelongue et moi disparaissait complètement dans la pratique.

Mais il est permis de se demander si la trépanation est aussi indispensable dans la forme bénigne, localisée de la maladie, qu'elle l'est dans la forme maligne ? A celà on peut répondre que la ligne de démarcation de ces deux formes cliniques n'est guère tranchée. Tel cas qui débute d'une manière anodine, avec des accidents généraux relativement légers, peut revêtir tout d'un coup la forme grave et se généraliser. C'est un peu ce qui est arrivé dans l'observation que je rapporte. D'un autre côté, si la simple incision a paru suffire dans certains cas pour amener une guérison en apparence définitive, rien ne dit que, l'abcès sous-périostique formé, du pus ne soit pas demeuré emprisonné dans le milieu de l'os, et ne puisse à la longue produire des accidents, de nombreuses années même après la fin de l'adolescence. C'est ce que tendent à

démontrer les faits contenus dans un autre travail de M. Lannelongue, publié dans les *Archives de Médecine.*

Pour toutes ces raisons, il faut admettre que la trépanation précoce est indiquée dans l'une et l'autre forme de la maladie. Il y a cependant, comme le remarque fort bien M. Lannelongue, des exceptions qui échappent à la rigueur de cette règle, exceptions qui résultent du fait, non pas tant de l'intensité de la maladie, laquelle doit cependant entrer en ligne de compte, que de l'épaisseur de l'os malade. C'est ainsi que, pour le péroné, par exemple, on peut espérer qu'une large incision faite dès le début puisse être suffisante pour permettre l'écoulement du pus par les canaux de Havers, (d'ailleurs élargis par le travail inflammatoire), en raison du peu d'épaisseur de l'os et partant du peu d'étendue de ces mêmes canaux. Ce qui est vrai d'un os long et grêle, tel que le péroné, peut l'être également des os plats en général.

Et à ce propos qu'il me soit permis de combler ici ce que je considère comme une lacune dans l'histoire des phlegmons osseux juxta-conjugaux. Parmi les os courts et plats que cette affection peut atteindre, les auteurs sans en excepter un seul, et M. Lannelongue lui-même, ont oublié de citer les côtes; ou du moins, s'ils en font mention, ce n'est qu'en passant et pour y signaler l'extrême rareté de la maladie. Or, ma conviction est que les *abcès thoraciques* que l'on observe principalement chez les jeunes soldats, et que les uns ont attribués au frottement des buffleteries (Larrey, Sédillot), les autres à l'irritation mécanique provoquée par la toux (Leplat), d'autres à l'inflammation des bourses séreuses accidentelles (Verneuil), d'autres enfin à la périostite externe (Duplay, Gaujot, Paulet, Bousquet), ma conviction est, je le répète, que ces abcès sont pour la plupart des phlegmons juxta-conjugaux des côtes. Ce qui le prouve, ce sont les conditions mêmes de production de ces abcès, savoir :

1° *L'âge.* Les jeunes soldats sont encore dans l'adolescence physiologique, on peut même dire que c'est à cet âge qui marque la fin de l'adolescence, que la poitrine se développe avec le plus de rapidité, et que, par conséquent, les côtes sont le siège du travail formatif le plus considérable. C'est ce que démontrent d'ailleurs avec une parfaite évidence les mensurations thoraciques pratiquées dans l'armée, et dont j'ai moi-même quelque expérience. On constate ainsi que les jeunes soldats gagnent, en fort peu de temps, plusieurs centimètres de périmètre thoracique.

2° Outre l'âge qui en est la raison essentielle, nous trouvons ici toutes les autres conditions de développement du phlegmon juxtaconjugal, tels que la fatigue, le surmenage, l'exposition au froid et à l'humidité. Or, toutes ces causes étiologiques ont été invoquées

par les médecins militaires (Dauvé, Gaujot, Paulet), pour expliquer la production des abcès thoraciques. De plus, les jeunes soldats contractent avec une extrême facilité, les fièvres éruptives, telles que variole, rougeole, scarlatine, maladies qui revêtent chez eux les mêmes caractères que dans l'enfance. C'est un point sur lequel j'ai souvent entendu insister mon maître, M. Léon Colin. Or, tout le monde sait que les phlegmons juxta-conjugaux sont le plus souvent un corollaire de ces fièvres éruptives, chez les enfants.

3° Enfin, un troisième ordre de preuves résulte des lieux d'élection de ces abcès qui sont principalement situés aux deux extrémités des côtes, du côté des épiphyses. — Un autre lieu d'élection qui est la partie latérale du thorax, peut se comprendre par ce fait que le pus a fusé le long de la côte. C'est ce qui explique en même temps pourquoi l'on ne trouve que rarement la surface dénudée de la côte au niveau du foyer purulent, et pourquoi aussi l'on a cru devoir invoquer l'existence d'une périostite externe.

Ces phlegmons juxta-conjugaux des côtes (abcès thoraciques), dont j'ai pu observer plusieurs exemples dans l'armée, appartiennent généralement à la forme bénigne, localisée, et s'accompagnent d'une si faible réaction inflammatoire qu'on les a parfois confondus avec des abcès froids. Toutefois, on voit des cas où ils prennent la forme grave de la maladie : c'est alors ce qui très probablement constitue ce que les auteurs appellent le *phlegmon diffus de la poitrine,* sans se prononcer d'ailleurs le moins du monde sur son origine.

J'ai eu l'occasion de rencontrer un de ces phlegmons diffus, il y a deux ans environ.

C'était chez un robuste gars de Sartrouville, âgé de 21 ans et demi, sans maladie antérieure, il est vrai, mais placé dans de mauvaises conditions hygiéniques, et adonné aux plus rudes travaux des champs. Quand je vis le malade, il était depuis plusieurs jours dans un état typhoïde très prononcé. La douleur le long des côtes, l'empâtement, la fluctuation profonde à la région supérieure gauche du thorax, me mirent sur la voie. En remontant à l'origine, j'appris que ce jeune homme, qui est d'ailleurs, d'une intelligence des plus rudimentaires, avait reçu peu de temps auparavant, un coup de pied de cheval en pleine poitrine. Il avait été renversé par la violence du choc, mais s'était relevé aussitôt et avait repris ses occupations. Il ne s'était alité que depuis cinq jours : ses parents croyaient à une fièvre typhoïde.

Je fis une incision, au niveau de la troisième côte, parallèle au fibres du grand pectoral, et ne trouvai le pus qu'après avoir sectionné l'aponévrose du petit pectoral, mais sans avoir pu constater la dé-

nudation de la côte. Le malade guérit très bien et rapidement sous le pansement de Lister. Je ne suis pas sûr toutefois que dans un cas semblable, la simple ouverture de l'abcès soit toujours suffisante, et qu'il ne faille pas l'une ou l'autre fois, réséquer une partie de côte plus ou moins étendue. J'ajoute que le malade paraît être définitivement guéri aujourd'hui. La cicatrice est adhérente à la troisième côte, laquelle est peut-être un peu épaissie, mais insensible à la pression.

CONCLUSIONS.

1° Les affections décrites sous les noms de périostite phlegmoneuse, ostéomyélite, ostéite juxta-épiphysaire, etc., etc., constituent une seule et même maladie.

2° Cette maladie, qui a toutes les apparences d'une maladie infectieuse, se manifeste par un *phlegmon osseux*, tantôt *diffus*, tantôt *localisé*, phlegmon dont l'origine constante se trouve dans le voisinage du cartilage conjugal : d'où le terme générique de « *phlegmon osseux juxta-conjugal* ».

3° La trépanation précoce, à laquelle il sera bon d'ajouter l'évidement, est indiquée d'une manière générale, et dans les conditions déterminées par M. Lannelongue.

4° Les maladies décrites sous les noms *d'abcès thoraciques* et de *phlegmons diffus de la poitrine* chez les jeunes gens, et principalement chez les jeunes soldats, paraissent rentrer pour la plupart dans le cadre de cette affection.

Présentation de malade.

Résection totale du poignet droit par le procédé des deux incisions latérales, dit procédé de Dubled, et conservation de tous les tendons. — Guérison,

Par M. Polaillon

La malade que je vous présente a subi, le 11 mars 1882, la résection de l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras, de tous les os du carpe et de l'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens.

Voici son observation résumée :

B... Jeanne, âgée de 39 ans, exerçant la profession de laveuse, entre dans mon service de la Pitié, salle Gerdy, n° 9, le 31 décembre 1881.

Cette femme a un tempéramment strumeux; et par suite du métier qu'elle exerce, elle se trouve constamment dans des lieux humides et froids.

Dans les derniers mois de l'année 1881, elle a été atteinte quatre fois d'érysipèle de la face, pour lesquels elle est entrée à la Pitié, dans une salle de médecine.

Son dernier érysipèle s'étant compliqué de deux phlegmons diffus suppurés, l'un à la jambe droite, l'autre à l'avant-bras du même côté, elle fut transférée dans mon service.

Après quelques incisions, le phlegmon de la jambe guérit; mais le phlegmon de l'avant-bras droit se termina par une arthrite suppurée du poignet. Plusieurs fistules s'établirent sur les côtés et à la face dorsale de cette région, qui était très tuméfiée. Les mouvements de la main étaient presque impossibles et douloureux. Les mouvements communiqués déterminaient une crépitation osseuse. Enfin, si l'on introduisait un stylet par les fistules, on arrivait sur les os du carpe mis à nu et baignant dans la suppuration. L'articulation radio-carpienne était pleine de pus et les extrémités inférieures du radius et du cubitus étaient manifestement dénudées et enflammées.

Les injections phéniquées dans les trajets fistuleux, les pansements phéniqués et l'immobilisation de la main et de l'avant-bras furent mis en usage pendant près de trois mois, En même temps, les moyens propres à relever l'état général de la malade furent employés.

J'obtins une amélioration de la santé, mais la nécessité d'une intervention chirurgicale pour la tumeur blanche du poignet devint pressante.

Je n'avais à opter qu'entre l'amputation de l'avant-bras et la résection du poignet. Comme la malade était jeune encore, et comme les gaines des tendons n'étaient pas envahies par les fongosités, je me décidai pour la résection, qui devait conserver une main assurément imparfaite, mais préférable dans tous les cas à un appareil prothétique.

Le 11 mars 1882, après avoir anesthésié la malade, appliqué la bande d'Esmarch sur le membre supérieur droit et pris toutes les précautions antiseptiques, je pratiquai deux incisions, l'une sur le bord radial, l'autre sur le bord cubital du poignet, en faisant passer le tranchant du bistouri par les fistules qui existaient en ces points. Par ces ouvertures j'énuclée parfaitement les os du carpe qui baignaient dans le pus; puis, luxant la main en dehors, je résèque 1 centimètre et demi de l'extrémité inférieure du cubitus. Luxant ensuite la main en dedans, je fais saillir, à travers l'incision externe, l'extrémité inférieure du radius que j'isole des parties molles et que je scie au même niveau que le cubitus. L'extrémité supérieure des quatre derniers métacarpiens étant dénudée du cartilage articulaire et atteinte d'ostéite suppurée, est aussi réséquée avec les pinces de Liston dans l'étendue d'un centimètre. Le métacarpien du pouce me paraît sain, il reste intact. Tous les tendons sont ménagés.

Je mets sous les yeux de la Société les os et les diverses portions

d'os que j'ai réséqués. Ils comprennent tous les os du carpe, l'extrémité inférieure des deux os de l'avant-bras et l'extrémité supérieure de tous les métacarpiens, à l'exception du métacarpien du pouce.

Après la résection, la cavité opératoire fut ruginée avec une curette mousse pour enlever les fongosités, puis lavée avec des injections d'eau phéniquée au 20e.

Suture métallique : trois points sur l'incision interne et trois sur l'externe; drain en dedans et en dehors; pansement de Lister. Immobilisation de la main et de l'avant-bras sur une palette.

12 *mars*. — Érysipèle commençant de la face; il est né autour des narines. Il a été probablement produit par l'irritation que le chloroforme a causée sur la peau de cette région. Badigeonnage de collodion sur la peau de la face; purgatif salin.

T. matin 39°,2; soir 38°,3. L'état de la plaie est satisfaisant.

13 *mars*. — L'érysipèle tend à gagner toute la face. T. matin 37°,9; soir 38°,1.

14 *mars*. — L'érysipèle se limite à la face. T. soir 37°,7.

15 *mars*. — L'érysipèle est en voie de guérison. Desquamation furfuracée de la peau de la face. T. soir 36°,7.

La plaie opératoire est en bonne voie.

16 *mars*. — Ablation de 2 fils métalliques de la suture externe et d'un fil à la suture interne.

Depuis ce jour la température est normale.

20 *mars*. — Ablation des derniers fils. La réunion par première intention s'est faite dans presque toute l'étendue des incisions. Les parties qui ne sont pas réunies présentent des bourgeons de bonne nature et la plaie suppure modérément.

Tous les trois ou quatre jours, le pansement est renouvelé.

Le 3 *mai*. — La malade va en convalesdence au Vésinet, conservant encore une fistule sur le bord radial du poignet.

Depuis cette époque, quelques parcelles osseuses sont éliminées par cette fistule. Mais cette issue de petits séquestres paraît complètement terminée depuis plus d'un mois et la fistule s'est fermée.

Actuellement, dix mois environ après l'opération, on peut voir que la malade conserve une main très utile. Le poignet a une forme arrondie, due au tassement des parties molles, et n'est pas encore assez solide pour que la main puisse soulever des objets un peu lourds. Les doigts sont encore raides et les mouvement de flexion sont limités. Mais il n'est pas douteux que la main gagnera progressivement en force et en mobilité. Dès à présent, les mouvements d'opposition du pouce avec les autres doigts sont possibles. Il en résulte que l'opérée peut coudre, tricoter et exécuter les menus travaux qui lui sont nécessaires. Enfin, je ferai remarquer combien cette résection, qui a été complète, a peu modifié la forme de la main.

Ce fait prouve que la résection du poignet peut donner, dans certains cas, un excellent résultat.

Discussion.

M. Le Fort. Le résultat obtenu par M. Polaillon est excellent, car rien ne peut remplacer la main. Je remarque que les mouvements des doigts sont limités, cela tient à ce que la main a été mise dans l'extension. La peau de la face dorsale, dans cette position, se rétracte et empêche la flexion. Mais par un traitement approprié, on pourrait améliorer ces mouvements en l'espace de quelques jours.

M. Tillaux. J'ai pris quelquefois la parole pour combattre la résection du poignet, mais, en présence d'un résultat aussi favorable, je crois que l'on est autorisé à pratiquer cette opération.

Comité secret.

A cinq heures, la Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,

Nicaise.

Séance annuelle du 17 janvier 1883.

Présidence de M. Labbé.

Monsieur le Président prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Si l'on parcourt les volumes des Bulletins déjà bien nombreux de la Société de chirurgie, on peut voir que la tâche imposée, à la fin de chaque année, à ceux que vous avez appelés à l'honneur de siéger à votre bureau n'a pas toujours été la même.

A certaines époques, en effet, tantôt le Président, tantôt le Secrétaire général était chargé du compte-rendu de vos séances. Depuis quelques années, les rôles ont été mieux définis. A votre Secrétaire annuel, à qui incombe la rédaction de vos Bulletins revient l'honneur de reproduire, devant vous, avec une autorité toute particulière, la substance des travaux de toutes sortes, communications, rapports, discussions, qui ont animé vos réunions. C'est ce

rôle que, dans un instant, va remplir, à la satisfaction de tous, notre excellent et si dévoué Secrétaire annuel, M. Nicaise. — Il est également d'usage que le Secrétaire général prononce l'éloge de quelque membre illustre de votre savante Compagnie, et vos Bulletins se sont ainsi enrichis d'œuvres littéraires justement estimées. Notre bien cher et sympathique Secrétaire général actuel, M. Paul Horteloup, nous a, l'année dernière, donné la mesure de son talent, en retraçant la vie et l'œuvre si considérable de Chassaignac. Cette année encore, il devait faire revivre l'une des grandes figures chirurgicales, récemment disparue du milieu de nous ; mais vous connaissez tous l'épouvantable malheur qui est venu fondre sur lui et qui a paralysé momentanément sa plume.

Il ne reste donc à votre Président qu'à vous rendre compte de l'état moral de la Société.

Sous ce rapport mon rôle est facile.

L'année 1882 n'a à enregistrer aucun mort parmi nos membres titulaires ou honoraires. Nous sommes moins heureux du côté de nos correspondants. M. Prestat (de Pontoise), ancien interne des hôpitaux de Paris, praticien distingué et justement honoré, est mort subitement il y a à peine deux mois. A Lille, nous avons perdu M. Houzé de l'Aulnoit, professeur de clinique chirurgicale, et M. Puel, agrégé de chirurgie.

A Paris, deux de nos collègues les plus aimés, M. Le Dentu et M. Desprès nous ont donné de vives inquiétudes. M. Le Dentu, malade depuis plus de trois mois, a du subir une grave opération pratiquée par son maître et ami, M. Verneuil. Malgré la gravité de sa situation, à un moment donné, nous sommes heureux de le savoir en bonne voie de guérison, et au nom de vous tous, je lui adresse nos meilleurs vœux pour son prompt rétablissement.

Quant à notre ami Desprès, qui prend une part si active à toutes nos discussions, nous avons le plaisir de pouvoir annoncer la convalescence franche et rapide de la pneumonie dont il a été atteint au commencement de ce mois.

Trois demandes d'honorariat vous ont été adressées par nos collègues : MM. Dubrueil (de Montpellier), Giraud-Teulon et Guyon. Nous aurons rarement l'occasion de voir M. Dubrueil, que ses fonctions retiennent loin de nous, mais nous avons bon espoir que MM. Giraud-Teulon et Guyon, dont les lumières sont si précieuses à notre Société, ne déserteront pas de longtemps nos séances.

Ce passage à l'honorariat a facilité l'admission de quelques nouveaux collègues, MM. Marchand et Richelot, tous deux chirurgiens des hôpitaux et professeurs agrégés de la Faculté, ont été nommés membres titulaires. Qu'ils reçoivent nos compliments sincères de

bienvenue; leur savoir et leur activité sont, pour nous, un sûr garant du concours utile qu'ils apporteront à nos travaux.

Je voudrais, à côté des leurs, pouvoir inscrire les noms de tous ces jeunes chirurgiens (je n'ose en faire le dénombrement) qui sollicitent l'honneur de siéger à côté de nous. Je ne sais quelle mesure pourrait être prise pour faciliter l'entrée de notre Société, mais je ne dois pas dissimuler qu'il me paraît regrettable de voir perdu pour nous le concours de tant de forces utiles.

Trois places de correspondants nationaux étaient vacantes, elles viennent d'être remplies par la nomination de MM. Cauvy (de Béziers) et Demons (de Bordeaux), qui, depuis longtemps, avaient attiré l'attention de la Société par l'importance de leurs communications. M. Martel, de Saint-Malo, plus heureux, a eu la bonne fortune d'emporter, du premier coup, vos suffrages.

Nous pensons que nos nouveaux collègues ont contracté envers nous une dette de reconnaissance, et qu'ils l'acquitteront en nous envoyant souvent d'intéressantes communications.

Vous avez eu aussi à élire les membres de votre bureau.

Selon la tradition, votre Vice-Président, M. Guéniot, a été nommé Président ; sa haute valeur, l'aménité de son caractère, sont pour vous un sûr garant qu'il réunit toutes les qualités pour faire un Président accompli. M. Marc Sée, notre sympathique collègue remplacera à la satisfacton de tous, M. Guéniot, à la Vice-Présidence. Pour l'année 1883, la rédaction des procès-verbaux de nos séances est confiée à M. Périer, nommé premier Secrétaire annuel, et à M. Lucas-Championnière, nommé deuxième Secrétaire annuel.

Je ne saurais oublier ici le personnel si nombreux qui veut bien assister à nos séances, pour en livrer le compte-rendu à la presse. Autrefois le Bulletin de la Société paraissait dans un journal en quelque sorte officiel. Le jour où cette mesure a été supprimée, on a pu craindre pour la publicité de nos travaux, et loin de là, depuis cette époque, nombre de confrères distingués ont, avec un zèle inépuisable, consacré leur temps à les répandre dans le monde médical. Il nous est impossible de ne pas leur adresser nos bien sincères remerciements.

Me plaçant maintenant sur un autre terrain, j'ai le plaisir de pouvoir annoncer que nos finances sont dans un état des plus satisfaisants, grâce surtout à la sage et vigilante administration de notre cher Trésorier, M. Berger. Je puis vous dire aussi que nous sommes sur le point de conclure, avec le Ministère de l'instruction publique, un arrangement qui nous assurera une subvention d'une certaine importance.

Nous croyons devoir rappeler, qu'en 1883, les deux prix Demarquay et Gerdy, seront décernés. Le prix Demarquay a pour sujet :

« *de l'Étiologie de l'Erysipèle* ; » le prix Gerdy : *des Tuberculoses localisées au point de vue chirurgical.* »

Messieurs, je ne saurais clore ce court aperçu de notre situation sans vous féliciter de votre exactitude à nos séances, de la manière courtoise avec laquelle vous avez pris part à toutes les discussions, et par conséquent de la façon dont vous avez ainsi facilité la tâche de votre Président.

J'insiste particulièrement sur un point : vous avez bien voulu comprendre que les discussions à propos du procès-verbal ne devaient pas s'éterniser et vous m'avez de la sorte permis, quoique bien incomplètement encore, de répondre au désir de nombreux collègues inscrits quelquefois depuis longtemps, pour des communications originales.

Je termine en émettant un dernier vœu auquel, j'en suis sûr, vous vous associerez tous : celui de ne pas nous laisser dépasser, au point de vue scientifique, par les pays voisins. Nos Bulletins sont évidemment la preuve de la grande activité de notre Société, mais nous ne devons pas oublier qu'à l'étranger, il se fait un mouvement chirurgical des plus importants. Sachons en tenir compte, et tout en ayant la volonté bien ferme de ne rien croire sans examen, soyons résolus à vite accepter tout ce qui est véritable progrès, d'où qu'il vienne. Essayons de perfectionner les méthodes que nous n'avons pas eu le bonheur de découvrir et n'oublions jamais que notre devise doit toujours être celle du progrès même : En avant !

Compte rendu des travaux de l'année 1882,

Par M. Nicaise, secrétaire annuel.

Messieurs,

En insérant dans vos Statuts l'obligation pour un de vos secrétaires de faire un compte rendu des travaux de l'année, vous avez voulu sans doute qu'un travail d'ensemble vous permît de juger votre œuvre, en vous rappelant les questions que vous aviez traitées, celles que vous aviez élucidées et en mettant en relief les problèmes qui restent encore à résoudre, et qui, par cela même, devront plus particulièrement fixer votre attention dans l'avenir. J'ai pris ces idées pour guide dans la rédaction de mon travail. Cependant, au moment de commencer, j'ai éprouvé un certain embarras sur le plan que je devais adopter.

Fallait-il faire une analyse critique ou une simple analyse, don-

nant un exposé aussi complet que possible des travaux, des idées, des faits, essayant de mettre en évidence les conclusions qui en ressortent. C'est ce dernier parti que j'ai choisi, très honoré d'être appelé à mettre en gerbes une moisson aussi abondante.

Je vous présenterai donc successivement les lésions congénitales et les maladies générales, la chirurgie des tissus et des systèmes, celle des régions, des appareils et des organes.

Les *lésions congénitales* ont tenu une certaine place dans vos travaux, et en particulier les fistules de la région sacro-coccygienne.

Une communication de M. Terrillon sur la *fistule congénitale de la région lombo-sacrée* vous a valu deux mémoires considérables, l'un de M. Heurtaux, l'autre de M. Lannelongue, deux observations de M. Pozzi, une autre de M. Reclus.

Les recherches de M. Lannelongue ont porté sur des enfants, et il a constaté que la dépression cutanée qu'on observe parfois à la région sacrée peut occuper trois sièges distincts, correspondant l'un au sacrum, comme dans les observations de M. Terrillon, le second à l'articulation sacro-coccygienne, le troisième à la pointe du coccyx. La dépression est constituée soit par une simple fossette, soit par un infundibulum ou une fistule borgne.

Cette anomalie de formation est assez fréquente et ne s'accompagne d'aucun changement dans la texture de la peau.

Quant à l'origine de cette disposition, M. Lannelongue ne partage pas l'opinion de M. Terrillon qui l'attribue à une soudure incomplète des lames vertébrales.

L'unfundibulum est formé par une sorte d'inclusion incomplète de la peau qui, à un degré plus avancé, donne lieu au *kyste dermoïde,* dont M. Lannelongue cite un exemple.

La clinique a bénéficié de ces recherches. Les infundibula et les fistules peuvent s'enflammer et donner naissance à des fistules complètes secondaires que M. Heurtaux appelle *fistules paracoccygiennes*, ce sont elles que l'on rencontre chez les malades de M. Terrillon et de Mason Warren.

Il est à remarquer, dit M. Heurtaux, que jamais la fistule secondaire ne s'avance dans la direction du périnée ; elle se porte en arrière, est facile à distinguer des fistules anales et des fistules ossifluentes. Son traitement consiste dans l'ablation complète du trajet fistuleux et de ses orifices.

Dans l'observation de M. Reclus, la fistule se dirige entre le coccyx et le rectum. M. Reclus a pensé qu'elle pouvait provenir, soit de la glande de Luschka, soit d'un cloisonnement uro-génital postérieur.

Au cours de la discussion on a rappelé diverses malformations

de la région sacro-coccygienne, les tumeurs congénitales, les appendices ano-coccygiens, les touffes de poils.

M. Lannelongue, continuant ses recherches sur les malformations, vous a lu un travail sur les *appendices congénitaux de la face*. Six fois il les a rencontrés sur des enfants, toujours ils étaient placés sur la région faciale inférieure ; ce siège et leur structure, un fibro-cartilage recouvert de tissu conjonctif et d'épiderme, permettent de croire qu'ils ont leur point de départ dans le cartilage de Meckel.

Un cas d'*éléphantiasis de la face*, présenté par M. Labbé, a donné lieu à une intéressante discussion sur la structure probable de la néoplasie. M. Verneuil s'est trouvé ainsi amené à rappeler sa description des *névromes plexiformes*, tumeurs dont il a fait l'historique.

A ces observations, M. Anger ajoute un cas d'*éléphantiasis* congénital circonscrit *de la jambe*.

Enfin plusieurs cas de *malformations de la main* vous ont été communiqués.

Deux cas de *syndactylie* et d'*ectrodactylie*, par M. Blum ; mais, comme il a trouvé les muscles, les vaisseaux et les nerfs correspondants aux doigts absents, M. Blum pense qu'il s'agit non d'une ectrodactylie, mais d'une syndactylie complète.

Après la malformation par défaut, vient la malformation par excès, représentée par les *doigts surnuméraires*.

M. Chrétien a observé un enfant chez lequel un doigt surnuméraire amputé paraissait s'être reproduit ; un os nouveau avait été formé par le cartilage de conjuguaison.

Ce fait corroborait l'opinion que vous avez soutenue de l'utilité de l'ablation complète du doigt surnuméraire, désarticulation ou résection, selon qu'il est articulé ou sessile, d'autant plus que les pansements ouatés ou antiseptiques mettent à l'abri des accidents.

Parmi les *maladies générales*, le *charbon* a été l'objet de la part de M. Bourguet, d'Aix, d'un long mémoire dans lequel il a étudié les formes et les variétés de cette maladie, son mode de transmission et son traitement.

S'appuyant sur les faits qu'il a observés, M. Bourguet insiste particulièrement sur l'existence de tumeurs secondaires isolées qu'il a rencontrées dans le cours de la pustule maligne et de l'œdème malin, qui dénotent une intoxication générale profonde et aggravent le pronostic.

Au sujet du mode de transmission, il admet que l'habitation avec des animaux charbonneux, même en l'absence de tout contact direct, expose à l'atteinte de la maladie. Le charbon serait donc à la fois infectieux et contagieux.

La *syphilis* n'est représentée que par plusieurs cas de *syphilis héréditaire*, mais le manque de précision des faits de M. Ortega, de Buenos-Ayres, ne permet pas d'en tirer des conclusions.

A la pathologie générale nous devons rattacher une communication de M. Verneuil sur les dangers auxquels sont exposés les malades qui ont eu déjà des *érysipèles,* lorsqu'ils subissent une opération; alors on peut voir survenir un nouvel érysipèle.

Le mode d'action des érysipèles antérieurs n'est pas bien connu, ils amèneraient des altérations viscérales, et constitueraient en tout cas une prédisposition à un nouvel érysipèle et le pronostic deviendrait plus grave à mesure que leur nombre augmenterait. Un malade de M. Pozzi est mort au troisième érysipèle, il avait le foie gras.

M. Gillette vous communique une observation à l'appui de l'opinion soutenue par M. Verneuil; MM. Desprès et Sée citent, au contraire, des faits où aucune complication n'est survenue, malgré des érysipèles antérieurs.

A côté du rôle néfaste de l'érysipèle se placent les cas où il amène une *diminution momentanée des tumeurs.* M. Pamard vous a cité un fait dans lequel un érysipèle amena une diminution dans le volume d'un cancer lingual; MM. Delens et Ollier rapportent des faits analogues.

L'influence du traumatisme sur le développement d'une maladie latente, se trouve établi par une observation, de M. Martel, de gangrène traumatique de la main, qui amena un accès de manie aiguë chez une femme prédisposée par ses antécédents héréditaires.

Une importante question de physiologie pathologique générale est soulevée par un travail de M. Reclus sur la *réunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère.* Ce fait qui paraît singulier au premier abord trouverait son explication pour MM. Le Fort et Reclus dans la minceur de l'eschare produite par le thermocautère. Dans mon rapport sur ce travail, je fais intervenir aussi l'état d'asepticité de cette eschare et je cherche à démontrer, après Korteweg et d'autres, que la mortification des éléments anatomiques se présente sous deux formes :

La gangrène n'existe que quand la partie mortifiée est envahie par l'infection septique; quand celle-ci manque, il y a nécrose aseptique, c'est celle que l'on rencontre dans les attritions sous-cutanées, par exemple.

Le thermocautère, dans les cas publiés, produit une mince eschare qui, traitée antiseptiquement et protégée contre l'air, reste aseptique et ne gêne pas le travail de réunion.

Il y a là comme une ébauche des modifications que les recherches

contemporaines amèneront dans certaines questions de pathologie générale.

Ces considérations trouvent immédiatement leur confirmation dans une intéressante communication de pathologie expérimentale et clinique de MM. Lannelongue et Vignal sur la *greffe de l'os mort dans l'os vivant et la résorption des séquestres*.

D'après ce mémoire, le séquestre se montre sous deux conditions, ou bien, il baigne dans le pus, c'est un séquestre septique, ou il est immédiatement entouré par une membrane granuleuse, c'est un séquestre aseptique; dans le premier cas, il n'est pas résorbé, dans le second cas, il l'est.

MM. Lannelongue et Vignal, ont voulu, une fois de plus, démontrer expérimentalement cette résorption, en introduisant dans les tibias trépanés d'un lapin une cheville d'os et une cheville d'ivoire rendues aseptiques par leur séjour dans une solution alcoolique d'acide phénique.

Les chevilles furent examinées deux mois et trois jours après leur introduction.

La cheville d'os est en partie résorbée et remplacée par de l'os nouveau; elle est fragmentée, ses canaux de Havers sont élargis. En un mot, on constate, disent les auteurs, « les phases successives d'une réunion par première intention ».

Il s'est passé là le même phénomène que dans l'eschare des opérés de M. Reclus, et la cheville d'os, malgré son volume, n'a pas mis plus d'obstacle à la réunion que l'eschare aseptique.

Sur la cheville d'ivoire, la résorption est moins complète, ce qui tient à la densité de son tissu.

La *chirurgie des os et des articulations* a été l'objet de travaux considérables : Une intéressante question de physiologie pathologique, celle de la *température des articulations*, a été étudiée par M. Redard : il a constaté l'augmentation de la température locale dans toutes les lésions inflammatoires et l'importance de cette élévation dans l'entorse ancienne et les ankyloses, alors que l'on pourrait croire que toute inflammation a cessé.

Une communication de M. Sée, sur le traitement des tumeurs blanches par les injections intra-articulaires d'iodoforme, a mis à l'ordre du jour de la Société une des questions qui préoccupent le plus les chirurgiens, celle des *inflammations chroniques des os et des articulations*.

M. Le Fort a rappelé qu'en 1879 il avait communiqué à la Société un cas de guérison par les *injections interstitielles* dans les fongosités, d'une solution alcoolique de sulfate de zinc.

M. Lannelongue a beaucoup élargi le débat, discutant la nature

des fongosités et le mode de développement des tumeurs blanches, ainsi que leur traitement.

Il appuie son travail sur des autopsies nombreuses et sur l'expérimentation. Il rejette toute distinction entre les lésions dites scrofuleuses et tuberculeuses des os et n'admet que ces dernières.

Les fongosités sont, dit-il, de deux ordres, les unes simples, inflammatoires, les autres tuberculeuses, infectieuses.

Les fongosités tuberculeuses sont caractérisées par la présence du nodule tuberculeux de Köster, nodule qui est spécifique et virulent, infecte les surfaces et les régions voisines. De plus, les fongosités tuberculeuses deviendraient une source d'infection pour l'économie tout entière.

Les fongosités simples n'ont pas de nodule tuberculeux, mais leur diagnostic, dit M. Lannelongue, est quelquefois difficile, et l'on doit faire intervenir l'étiologie ou la pathogénie; ces fongosités se rencontreraient particulièrement dans les arthrites traumatiques chroniques, dans les arthrites suppurées de l'ostéite épiphysaire et de l'ostéomyélite, dans les arthrites des maladies infectieuses, etc.

Discutant ensuite le point de départ de la tumeur blanche, il rappelle que la tuberculose des cartilages articulaires n'est pas démontrée; tandis que la tuberculose primitive de la synoviale est admise. Mais si la tumeur blanche peut débuter par une synovite tuberculeuse, ce fait serait beaucoup moins commun qu'on ne le croyait autrefois, et pour notre collègue, il est rare, presque exceptionnel, à côté des cas où les os sont atteints les premiers. Le début est une ostéite tuberculeuse de l'épiphyse.

Arrivé aux indications thérapeutiques, M. Lannelongue divise l'ostéo-arthrite tuberculeuse en deux formes.

L'une latente, dont les lésions sont à peine apparentes et qui ne demande pas d'intervention opératoire, mais seulement un traitement péri-articulaire.

Dans la seconde forme, il y a des abcès péri-articulaires, on doit les enlever puis attaquer les lésions osseuses ou articulaires qui en sont l'origine ; on résèque les épiphyses et une partie de la synoviale. Il insiste sur une intervention prompte.

M. Després conteste la propriété infectieuse des tubercules et fait remarquer que M. Lannelongue devrait, dans sa première forme d'arthrite tuberculeuse, employer déjà le traitement radical qu'il propose dans la seconde.

Pour lui, il divise les tumeurs blanches en tumeurs blanches simples et tumeurs blanches chez les tuberculeux, les différenciant surtout par les antécédents des malades.

Son traitement, c'est l'immobilisation par des appareils continuée

jusqu'à ce que l'ankylose soit obtenue. Si la tumeur blanche devient tuberculeuse, il faut alors amputer ou réséquer.

M. Verneuil n'accepte pas la division de M. Lannelongue; il reconnaît trois et même quatre espèces de variétés de fongosités; les fongosités de la synovite rhumatismale chronique ; les fongosités symptomatiques d'une lésion osseuse ; les fongosités tuberculeuses; enfin, des fongosités formant une sorte de tumeur fibroplastique diffuse, que M. Verneuil a observée sur des gaines synoviales tendineuses.

Comme vous le voyez, la discussion n'est qu'engagée, elle reste ouverte.

Un travail de M. Daniel Mollière, sur l'*extirpation préventive des fongosités péri-articulaires* se rattache à cette question ; il s'agit dans ce cas de synovite fongueuse de la gaine des péroniers accompagnée de fongosités articulaires que M. Mollière a heureusement traitée par le grattage.

A côté de la tuberculose des os se place la *tuberculose des synoviales tendineuses*, qui a été étudiée par M. Terrier, surtout au point de vue des formes anatomiques. Il rappelle les faits publiés par MM. Lancereaux, Debove, Trélat, Bouilly, et s'appuyant sur les recherches histologiques de M. Malassez il fait connaître ce qu'il entend par lésions tuberculeuses, point sur lequel les opinions sont loin d'être unanimes; il ne donne pas à la structure du nodule tuberculeux la même importance que M. Lannelongue.

Les types cliniques de la synovite tuberculeuse sont, d'après M. Terrier : la synovite fongueuse chronique, quelquefois localisée à certains points de la synoviale, la synovite ulcéreuse ; enfin la synovite tuberculeuse aiguë.

Le diagnostic clinique est difficile, on le soupçonne si le malade présente d'autres tubercules.

Si la synovite tuberculeuse existe seule, l'ablation des fongosités pourra donner une guérison radicale; s'il y a d'autres tuberculoses, un traitement palliatif est seul applicable.

Si les *propriétés du périoste* avaient besoin d'étre démontrées elles pourraient l'être par les faits qui vous ont été communiqués.

M. Lannelongue vous montre une régénération d'une moitié de *maxillaire inférieur* formée de 3 fragments réunis par deux ponts fibreux.

Je vous ai présenté un fait de *résection sous-périostée de l'humérus* avec reproduction de l'os, et à M. Polaillon, vous devez un cas d'*extirpation sous-périostée du calcanéum* suivi aussi de régénération.

Vous avez eu encore à vous occuper des diverses *opérations sous-périostées.*

Les *amputations sous-périostées* ont été l'objet d'une communication de ma part, et j'ai pu mettre sous vos yeux une pièce pathologique provenant d'un malade mort au 29e jour, montrant le canal médullaire complètement oblitéré par une lamelle osseuse de nouvelle formation. Cette pièce était une preuve de la valeur de l'amputation sous-périostée. Celle-ci avait été abandonnée à l'époque où la suppuration des plaies était presque la règle; comme aujourd'hui on obtient souvent la réunion immédiate, on peut revenir à cette pratique.

Ces amputations sont défendues par MM. Trélat, Poncet et Houzé de l'Aulnoit, qui les pratiquent depuis longtemps, et aussi par M. Farabeuf.

MM. Després, Pozzi, Gillette les rejettent, leur reprochant, soit la difficulté de décoller le périoste, soit la dénudation de l'os qui expose à la nécrose, soit la formation d'ostéophytes.

M. Ollier prend une part active à la discussion ; il rappelle ses études sur le périoste, la pratique des amputations sous-périostées qu'il avait abandonnées, mais qu'il est disposé à essayer de nouveau avec l'emploi de la méthode antiseptique.

Les *résections* sont l'objet de plusieurs communications.

M. Ollier traite de la *reconstitution de l'articulation dans les résections sous-périostées;* il vous présente une pièce intéressante provenant d'un malade qui avait subi la résection sous-périostée du coude. M. Ollier ajoute que dans les résections il faut enlever le moins possible, qu'il ne râcle pas les fongosités, ne cherche pas la réunion immédiate, et que si des fongosités subsistent ou se forment il les modifie par des cautérisations.

MM. Sée et Le Dentu font remarquer que la perfection du résultat anatomique n'est pas nécessaire pour que la fonction se rétablisse ; ils en citent des exemples.

La discussion sur les amputations sous-périostées a conduit M. Ollier à vous parler des *désarticulations sous-périostées* qu'il pratique depuis quelque temps. Il applique aux désarticulations les règles des résections. Par cette méthode il diminue la perte de sang et réduit l'étendue de la plaie aux limites de la gaîne périostéo-capsulaire. — Chez les jeunes sujets, on peut obtenir dans le moignon une masse osseuse nouvelle, utile, comme dans le cas de M. J. Shuter.

M. Ollier s'appuie sur des expériences faites sur les animaux. — Chez l'homme, il a obtenu de bons résultats, en pratiquant la désarticulation sous-périostée du premier métacarpien, du premier

métatarsien et de l'articulation tibio-tarsienne en conservant le périoste calcanéen.

Parmi les opérations que l'on pratique sur les os, il en est une qui est encore pratiquée chez nous avec une grande réserve, c'est l'*ostéotomie*, très fréquemment employée à l'étranger. Comme il a été dit ici, sans nous arrêter aux applications intempestives de cette opération, si son principe est bon, et il est démontré tel par les faits, elle a droit d'être accueillie avec moins de froideur.

Une observation de M. Verneuil vient montrer sa simplicité et son innocuité dans certains cas, grâce à la perfection des instruments et des méthodes de pansement; vous vous rappelez ce fait d'ostéotomie sous-trochantérienne faite pour remédier à une fracture de l'extrémité supérieure du fémur vicieusement consolidée; puis viennent trois *ostéotomies sus-condyliennes* du fémur pour combattre le *genu valgum*.

M. Delens fit cette opération sur les deux fémurs d'un même malade; il suivit les règles posées par Mac Ewen et la méthode antiseptique; la guérison fut rapide.

M. Championnière obtint un même résultat pour un cas analogue.

L'ostéotomie est encore étudiée par vous à propos du traitement du pied-bot.

M. Beauregard vous a présenté plusieurs observations de *tarsotomie*, faites chez des enfants ou des adolescents.

Cette application de l'ostéotomie dont M. Poinsot vous a déjà entretenu en 1880 a été l'objet de vos critiques; M. Polaillon a montré qu'elle donnait une mortalité de 5 0/0, et dans la discussion MM. Verneuil, Anger, Tillaux, Després l'ont considérée comme ne devant guère être appliquée qu'à l'âge adulte; les appareils, les manipulations, la ténotomie suffisent généralement à redresser le pied-bot.

M. Trélat, par une observation de pied-bot varus équin paralytique, a montré ce que l'on peut obtenir avec les appareils.

A ces opérations se rattache l'*amputation ostéo-plastique du pied*, de M. Le Fort, dont vous avez vu un résultat excellent, et à propos de laquelle se présente la question de la *suture osseuse*.

M. Folet (de Lille) a ajouté, en effet, à cette opération la suture osseuse que M. Hahn (de Berlin) pratique également avec des clous d'acier volumineux que l'on enfonce à coups de marteau. Les résultats nouveaux obtenus par ce moyen engagent M. Le Fort à l'essayer à l'avenir. Cela ne peut que faciliter la coaptation des fragments osseux et éviter le renversement du fragment cal-

canéen, ainsi que cela existe chez un opéré de M. Terrillon, présenté par M. Verneuil.

Je vous rappellerai maintenant un fait de M. Richon : fracture d'un tibia atteint d'ostéite chronique ; une amputation fémoro-rotulienne de Gritti, pratiquée par M. Notta ; un amputé de cuisse présenté par M. Després, guéri en 28 jours ; deux cas de pseudarthrose dus à M. Le Fort, l'un de pseudarthrose du fémur très mobile, le membre restant cependant solide et la marche facile ; l'autre, de pseudarthrose du cubitus, guéri par l'électrolyse. Un cas d'altération du fémur présenté par M. Anger sous le nom d'anévrysme de cet os.

Puis viennent les *faits de résection :*

Une *résection de l'extrémité interne de la clavicule,* par M. Le Dentu. Un bel exemple de résection sous-périostée du coude, de M. Pozzi ; une résection du genou par M. Cazin, sans soudure des os.

Plusieurs observations de *résection tibio-tarsienne dans les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe,* par MM. Verneuil, Nepveu, Polaillon, Terrillon, Pozzi ; ces résections sous-périostées, ont toutes été suivies de guérison et ont donné de bons résultats pratiques.

Plusieurs points de cette opération ont été l'objet de discussion : l'ablation de la malléole externe: la section des tendons des péroniers et l'existence de l'os intermédiaire.

M. Verneuil a fait chez ses quatre malades la résection du péroné et du tibia ; M. Polaillon, comme M. Demons (de Bordeaux), a conservé la malléole externe, tout en faisant une section du péroné dès le début de l'opération ; cette pratique a été suivie par M. Pozzi, et M. Terrillon y avait déjà eu recours en 1880.

M. Verneuil conseille, pour éviter la déviation du pied par les muscles péroniers, de faire la section et même la résection des tendons de ces muscles.

L'os intermédiaire qui soude le péroné au tibia appelle aussi votre attention.

Je présente une pièce de fracture bi-malléolaire, avec luxation du pied et consolidation vicieuse, sur laquelle on voit une masse osseuse formée par la soudure du tibia, du péroné et de l'astragale.

Vous avez entendu une seule communication sur les luxations.

Dans une *luxation ancienne de l'épaule,* datant de plus de 4 mois, M. Polaillon fit la *section sous-cutanée des adhérences,* et réduisit ensuite la luxation sans voir survenir aucune complication. A ce propos, M. Polaillon fait l'historique des cas où cette opération a été appliquée aux diverses luxations.

M. *Terrillon* vous a présenté un appareil de fixation pour le bassin, permettant de redresser ou de mobiliser l'articulation de la hanche ankylosée.

Dans le *système musculaire*, les *synovites* seules ont fait l'objet de communications.

Trois observations de « *synovite tendineuse à grains riziformes* », traitées par l'extirpation ou l'incision antiseptique avec guérison, sont venues démontrer encore l'innocuité de ces opérations avec la méthode antiseptique.

M. Faucon vous a adressé une observation de kyste tendineux du dos du poignet, traité par l'extirpation et guéri.

M. Polaillon vous a lu une observation de kyste à grains riziformes de la gaîne synoviale des tendons fléchisseurs de l'index, traité par l'excision et le grattage et guéri.

Enfin M. Humbert vous a présenté une observation de kyste tendineux à grains riziformes des fléchisseurs de la main, incisé et guéri sans suppuration.

A propos du travail de M. Humbert, j'ai insisté sur l'*état des tendons situés au milieu de la gaîne malade*, sur leur atrophie et leur rupture possible : d'où la nécessité d'intervenir de bonne heure et de ne pas promettre au malade le rétablissement complet des mouvements.

A propos du *mode de formation des grains riziformes*, j'ai montré que la plupart sont formés de matières albuminoïdes, comme le disait Velpeau, et non de tissus conjonctifs, comme l'a dit Virchow.

Rappelons encore l'étude sur la synovite tuberculeuse, faite par M. Terrier, et un cas d'*aï douloureux des radiaux* siégeant dans la bourse séreuse nouvelle, décrite par M. Larger.

J'arrive au *système vasculaire*.

Pendant plusieurs séances vous vous êtes occupé des *hémorrhagies artérielles dans les foyers purulents*; vous avez entendu des communications de MM. Humbert, Bouilly, Bertin, et des rapports de MM. Anger et Monod.

La possibilité de la perforation spontanée des artères au contact de foyers purulents ou inflammatoires paraît démontrée aujourd'hui, grâce aux documents nombreux que M. Monod a rassemblés dans un travail très important; mais elle reste un fait exceptionnel.

Ces perforations ont été observées à la suite de phlegmons et d'abcès des parties molles (amygdalites, adénites, suppurations secondaires, etc.), et plus souvent à la suite d'abcès par congestion

d'origine osseuse ; dans les faits de M. Humbert, elles accompagnaient l'ostéomyélite aiguë.

Il ressort du travail de M. Monod et de vos discussions qu'il faut distinguer à ces hémorrhagies des causes prédisposantes et des causes efficientes ; parmi les premières se placent la dénudation et la contusion opératoires de l'artère, l'augmentation de la tension artérielle, l'évacuation trop rapide d'un foyer, la situation anatomique du canal sanguin, pour la carotide interne et la poplitée qui sont fréquemment perforées, enfin et surtout le mauvais état général des malades, l'existence de la fièvre ou des septicémies qui entravent les phénomènes de protection qui se passent autour de l'artère dans tout foyer purulent.

Si le fait de la perforation artérielle au contact du pus est démontré, la cause anatomique de la perforation ne paraît pas nettement élucidée. Nous laissons de côté la compression par un tube à drainage ou un séquestre qui détermine une perforation traumatique.

Plusieurs d'entre vous ont admis l'influence destructive de tubercules de la paroi du vaisseau, et M. Lannelongue vous a décrit ce qu'il a observé sur les petites artères dans les abcès tuberculeux.

Enfin M. Monod a admis que la perforation pouvait se faire sous la seule influence du pus, l'inflammation détruisant et amenant peu à peu la fonte purulente de la paroi.

Puel (de Lille) vous a adressé un long mémoire sur le *Mécanisme de l'hémostase par diverses attitudes de flexion ou d'extension des membres.* Son travail est basé sur des recherches anatomiques et expérimentales.

Vous devez à M. Gripat un nouvel exemple très concluant de la transformation spontanée d'un *anévrysme artério-veineux* en anévrysme artériel, par oblitération de la veine.

Ces faits de guérison spontanée, déjà signalés par Nélaton, ont conduit les chirurgiens à chercher la transformation des anévrysmes artério-veineux en comprimant l'orifice de communication des deux vaisseaux ; mais on échoue souvent, M. Polaillon vous cite un cas d'insuccès.

M. Reclus vous a lu une observation d'*angiome caverneux* en communication directe avec la veine jugulaire et probablement sans artérioles afférentes, comme dans une pièce de M. Castex.

Les *ligatures des artères* carotide externe et linguale ont été l'objet d'intéressantes discussions.

M. Dubrueil vous avait communiqué un cas de *ligature de la carotide externe,* suivi d'hémiplégie et de mort. La ligature était rapprochée de l'origine de l'artère.

A ce propos, M. Farabeuf a discuté le manuel opératoire de la ligature de cette artère en insistant sur un procédé qui prend pour point de repère la grande corne de l'os hyoïde. Tout en reconnaissant la valeur des observations faites par M. Farabeuf sur cette opération difficile, plusieurs d'entre vous ont pris la défense des autres procédés et en particulier de celui de M. Guyon.

Dans un autre Mémoire, tout plein d'érudition, M. Farabeuf fait l'historique complet des deux procédés de *ligature de l'artère linguale*, du procédé ancien ou de Béclard, au-dessus de la grande corne, et du procédé nouveau, dans le triangle, dont il attribue l'idée à Pirogof. Malgré la tendance que l'on a à abandonner l'ancien procédé pour le nouveau, M. Farabeuf croit qu'il n'est pas d'une exécution plus difficile.

Enfin je citerai :

Une *ligature de l'artère iliaque externe*, par M. Berger, pour un anévrysme de la partie supérieure de la fémorale, qui s'était développé à la suite de la compression digitale faite en ce point pour la cure d'un anévrysme poplité. M. Berger fit une incision courbe, revenant vers l'ombilic et une ligature au catgut. Le malade guérit.

Les *veines* ne sont représentées que par un cas de varices du membre supérieur dû à M. Richon, et qui paraissaient sous la dépendance d'une oblitération de la veine axillaire.

La *chirurgie des nerfs* est à l'ordre du jour, et vous avez entendu des communications diverses sur le traitement opératoire; de la névralgie par l'élongation, par la résection, par l'arrachement du tronc, du nerf, ou seulement de son bout périphérique; mais, comme cela ressort de vos discussions, le choix à faire entre ces diverses opérations ne pourra être définitif, que lorsque nos connaissances sur la cause première des névralgies seront plus précises.

A M. Blum, vous devez deux observations d'*élongatiou du sciatique* pour des névralgies ; à M. Larger, une élongation du même nerf dans un cas d'ataxie.

M. Gillette, qui a fait de l'élongation une étude spéciale, considère celle du sciatique comme ayant une influence heureuse dans les névralgies, mais douteuse dans l'ataxie, l'épilepsie, le tétanos. Le siège de l'opération est fixé par lui à la partie moyenne de la cuisse, plutôt qu'à sa partie supérieure. Mais il se tient en garde contre les tractions trop fortes, en insistant sur les secousses qui sont imprimées à la moelle. Cependant M. Poncet, d'après M. Laborde, recommande de tirer surtout du côté de la moelle pour ne pas léser les plaques motrices périphériques. Si l'on voulait du reste essayer

d'agir sur les noyaux d'origine des nerfs, ce n'est que par une élongation mieux connue que l'on pourrait y arriver.

A côté de ces faits, MM. Berger et Després ont cité des cas de disparition momentanée des douleurs chez les ataxiques, à la suite d'une opération quelconque.

Trois observations de *névralgie du nerf dentaire inférieur*, traitée dans chaque cas par une opération différente.

M. Sée fit *l'élongation* du nerf, au-dessus de l'épine de Spix, en suivant le procédé de Sonnenberg, dans lequel on fait une incision le long du bord inférieur du maxillaire, et on détache l'insertion inférieure du ptérygoïdien interne. La névralgie disparut.

M. Polaillon rappelle un cas d'élongation du nerf dentaire présenté l'année dernière à la Société et dans lequel la névralgie a persisté. Chez un autre malade, il découvrit le nerf par le procédé de Warren, en trépanant la branche montante du maxillaire ; il fit une *élongation* modérée, puis *sectionna* le nerf et *arracha* le bout périphérique. Les douleurs cessèrent le dixième jour et n'ont pas reparu.

M. Gillette fait remarquer que l'artère dentaire inférieure a été blessée dans ces opérations, surtout dans un troisième procédé, le procédé intra-buccal, et qu'elle a donné lieu à des hémorrhagies graves.

La dernière observation de névralgie du nerf dentaire a été communiquée par moi, elle a trait à un homme atteint d'*épilepsie latente à forme comateuse ;* on fit la *résection* du nerf et le malade mourut subitement dans la journée.

L'*élongation du nerf nasal externe* a été employé avec succès par M. Badal pour combattre les douleurs ciliaires. Elle fut faite à la sortie de l'orbite, dans trois cas, dont le diagnostic était névralgie, irido-cyclite et glaucome.

M. Pamard a fait l'*élongation des deux nerfs optiques*, chez un malade atteint d'atrophie de ces nerfs avec cécité et douleurs vives dans les globes oculaires.

Enfin vous avez entendu un travail de M. Blum, sur l'*arrachement du nerf sous-orbitaire*.

M. Pozzi, dans un excellent rapport, montre que cette opération a déjà été faite, mais accidentellement, pendant l'élongation ; dans ces quelques observations, le résultat n'a pas été supérieur à celui de l'élongation simple ; de plus, cette opération pourrait présenter des dangers, ainsi qu'en témoignent les observations de MM. Nicaise, Tillaux et Czerny, quoique l'arrachement, portant sur la partie terminale, paraisse se faire à une distance assez rapprochée du point de traction.

M. Pozzi comparant ensuite l'élongation à la névrectomie dans

le traitement de la névralgie sous-orbitaire, établit la supériorité thérapeutique de la dernière opération, pratiquée suivant le procédé de Letiévant, modifié par M. Tillaux. Mais, si la névralgie est plus profonde, on devra avoir recours aux procédés de Lücke ou de Carnochan. Plusieurs d'entre vous citent des observations de guérisons par la névrectomie, que vous paraissez préférer à l'élongation et (*à fortiori*) à l'arrachement.

Aux observations d'*élongation nerveuse* dans les névralgies, M. Vieusse en a ajouté une dans laquelle cette opération a été faite pour une *paralysie*. Une plaie de l'avant-bras fut suivie de paralysie de la sensibilité et de la motilité dans la sphère d'action du radial, et de troubles trophiques dans celle du médian. M. Vieusse fit l'élongation du nerf radial au niveau de l'insertion du deltoïde; la sensibilité revint, les troubles trophiques disparurent, la paralysie musculaire persista.

Une opération intéressante, le désenclavement d'un nerf, est représentée par plusieurs faits, dont deux opérations de *désenclavement du nerf médian* englobé dans du tissu fibreux.

Dans le premier cas, dû à M. Le Fort, le nerf fut dégagé d'une masse fibreuse qui l'englobait, puis *élongé*. Les douleurs après avoir persisté, peut-être par suite d'une névrite traumatique, disparurent complètement.

Un cas de M. Poulet se rapproche de celui-ci. Le nerf médian était adhérent à une *exostose épiphysaire de l'humérus*, et il était survenu des troubles fonctionnels dans le territoire de ce nerf et du cubital. M. Poulet enleva l'exostose, dégagea le nerf médian en fit l'élongation. L'atrophie et la paralysie disparurent peu à peu. M. Poulet attribue à la *névrite ascendante* les troubles fonctionnels du cubital.

Un cas heureux de *désenclavement du nerf radial* emprisonné dans un cal de l'humérus est dû à M. Trélat. La paralysie radiale était complète avant l'opération, elle disparut peu à peu.

Ce fait a rappelé les observations anologues de MM. Ollier, Delens, une première de M. Trélat, une autre de M. Tillaux qui fait remarquer que la lenteur du rétablissement des fonctions s'explique, parce que le nerf a subi la dégénération wallérienne et que sa régénération doit s'effectuer pour que ses fonctions se rétablissent.

De la névrologie, je rapprocherai une discussion sur le tétanos, son *anatomie pathologique* et son *traitement*, discussion née à propos d'une observation de M. Moty et d'un rapport de M. Chauvel.

Dans un cas de tétanos à marche rapide, M. Moty a cru trouver des *altérations du grand sympathique*, fait non observé jusqu'ici;

la description qu'il en donne est du reste incomplète. Aussi vous êtes-vous associés aux réserves faites par le rapporteur sur la valeur de cette observation.

Vous avez discuté ensuite les différents traitements employés dans le tétanos, la section, l'élongation des nerfs, la morphine, l'opium à haute dose. M. Verneuil a insisté particulièrement sur la valeur du chloral, opinion soutenue également par plusieurs d'entre vous; mais le chloral peut amener des accidents comateux ainsi que j'en ai cité un exemple. — M. Berger a montré l'utilité de l'amputation dans certains cas par un fait précis. C'était un tétanos consécutif à une plaie de la main et qui avait débuté par des spasmes partant de la région blessée; l'amputation supprima les contractions cloniques, laissant les contractions toniques qui cédèrent au chloral.

A la pathologie des nerfs se rattache encore une observation de M. Guerlain, de cachexie pachydermique ou de *myxœdème*, dont l'intérêt réside en ceci, que la maladie paraissait consécutive à un traumatisme, ainsi que cela s'est rencontré dans les cas où le myxœdème a été observé dans la première enfance. Le traumatisme aurait pu agir sur le système nerveux, dont les lésions seraient, d'après M. Henrot (de Reims), la cause première de la maladie.

Enfin M. Monod vous montre une tumeur considérable du *maxillaire inférieur*, qui avait respecté le *nerf dentaire inférieur* dont les fonctions étaient intactes, ainsi que cela existe ordinairement, d'après la remarque de M. Forget, dans les tumeurs bénignes de cet os.

Dans la *chirurgie des régions* nous trouvons un cas de *tumeur du crâne*, par M. Fleury; une *fracture du crâne* de M. Guermonprez avec troubles nerveux tardifs qui disparaissent par l'emploi de petites saignées faites à la tempe, avec la sangsue d'Heurteloup; deux observations de *trépanation du crâne:* dans l'une, M. Polaillon ouvre ainsi un abcès du caveau; dans l'autre, M. Schwartz fait l'opération un peu tardivement, dans un cas de fracture compliquée avec issue de la substance cérébrale; la plaie se cicatrise, mais le malade succombe quelque temps après à une méningo-encéphalite survenue à la suite d'une nouvelle chute.

Trois malades vous sont présentés ayant eu des *polypes des fosses nasales;* deux, auxquels M. Després a fait une extraction partielle du maxillaire supérieur pour pouvoir détruire, peu à peu chez l'un, en une fois chez l'autre, un polype naso-pharyngien. Le troisième malade est de M. Trélat qui, pour atteindre un gros polype muqueux, fit également une résection partielle du maxillaire,

aux dépens du sinus et de la paroi externe des fosses nasales ; la cicatrice est à peine apparente.

Pour des cas analogues, M. Després, de Saint-Quentin, a proposé, en 1857, de détacher en bas la cloison des fosses nasales que l'on refoule de côté, de façon à n'avoir qu'une seule cavité.

A propos du maxillaire, je vous rappellerai une présentation de M. Magitot, de *kyste dentaire* à paroi osseuse envahissant le sinus maxillaire, comme dans un cas que M. Berger vous a montré en 1881.

Une question controversée se trouve élucidée par un intéressant travail de M. Baudrimont sur la *luxation en arrière du maxillaire inférieur*.

Le travail de M. Baudrimont, sur lequel M. Farabeuf a fait un excellent rapport, renferme 23 observations et des expériences ; il démontre la réalité de la luxation en arrière du maxillaire inférieur par pénétration des condyles dans l'oreille. Puis viennent trois observations de *Fistules du conduit de Sténon*, de MM. Gillette, Richelot et Pozzi, guéries par des procédés différents.

M. Trélat communique un cas d'*abcès rétro-pharyngien* ouvert par le pharynx, qui donne à M. Tillaux l'occasion d'établir une *classification de ces abcès en trois variétés :* la première, développée dans les ganglions prévertébraux de Gillette; la deuxième dans les ganglions carotidiens, qui refoule l'artère carotide interne en dedans et dont l'ouverture par le pharynx expose à la blessure de l'artère, ainsi que cela est arrivé à Chassaignac. La troisième variété siège dans l'amygdale ou autour d'elle.

A M. Guerlain vous devez un fait rare d'*hypertrophie congénitale de la langue* avec diminution spontanée pendant les premières années de la vie; à M. Berger, une opération d'*épithélioma du plancher* de la bouche avec persistance de la guérison, après 14 mois ; à M. Després, une ablation du *cancer de la langue* avec l'écraseur, suivie de guérison rapide.

Une communication de M. Després, sur l'*ablation du corps de la mâchoire* pour un sarcome périostique, amène une discussion sur le traitement de cette variété de tumeurs, sur la fixation de la langue et sur l'alimentation de l'opéré.

Il en ressort que les tumeurs de ce genre doivent être enlevées complètement et non simplement cautérisées, comme le proposait M. Magitot.

Pour éviter le renversement de la langue, MM. Verneuil et Després maintiennent écartés les deux fragments du maxillaire au moyen d'un fil de fer, puis ils fixent l'organe.

Quant à l'alimentation des opérés, si la déglutition est gênée, il faut avoir recours à l'alimentation artificielle au moyen d'une sonde

introduite par la bouche ou par le nez, qu'on laisse à demeure, ou avec laquelle on pratique des cathétérismes répétés. Chaque procédé a ses avantages et ses inconvénients ; son choix variera selon les cas. M. Després s'est servi d'une sonde uréthrale que l'on introduisait par le nez.

La question de la *laryngotomie intercrico-thyroïdienne* déjà discutée en 1878 est revenue devant la Société à la suite de communications de MM. Richelot et Krishaber, sur lesquelles j'ai fait un rapport. Cette opération a été soutenue par plusieurs d'entre vous; quelques-uns ont fait des réserves sur sa généralisation; M. Després l'a repoussée. L'opération est facile, et d'après une observation de M. Krishaber l'altération consécutive des cordes vocales ne serait pas à craindre; on doit se servir d'une canule peu volumineuse, mais son introduction est parfois difficile; le cartilage cricoïde a pu être fracturé, il a été aussi fendu par le bistouri, ce qui, du reste, ne présente pas grand inconvénient; la canule à bec de M. Krishaber convient bien à cette opération.

MM. Krishaber et Verneuil recommandent de la pratiquer avec le thermo-cautère.

En résumé, l'opération de Vicq-d'Azyr, trop vantée par les uns, trop décriée par les autres, doit être connue de tout chirurgien; mais il serait prématuré de la considérer comme devant remplacer la trachéotomie ordinaire. Il reste à bien établir les indications de l'une et de l'autre. La laryngotomie intercrico-thyroïdienne sera une opération de nécessité, dans certains cas d'hypertrophie du corps thyroïde ou de brièveté du cou.

Vous avez entendu la relation de deux cas de *tumeur du corps thyroïde :* l'une pour laquelle M. Bouilly a fait la thyroïdectomie, opération qui a été suivie de mort par infiltration purulente du médiastin antérieur avec symptômes de septicémie aiguë; il y eut là une *cellulite diffuse* semblable à celle que M. Bouilly a déjà rencontrée dans le bassin après l'extirpation du rectum.

L'autre observation est de M. Richon, qui a guéri un *kyste du corps thyroïde* par une injection iodée.

Je cite seulement l'extraction, par M. Duboué, d'un *tube à drainage* tombé dans la cavité pleurale, au moyen d'une anse de cordonnet élastique, et une observation de *fracture probable du rachis*, par M. Guermonprez.

A MM. Notta et Moulinier, vous devez deux *lipomes de la main :* l'un, développé entre les tendons fléchisseurs et le métacarpe, et faisant saillie à l'éminence thénar; l'autre, sous-aponévrotique également, mais situé au niveau de l'éminence hypothénar.

M. Després rappelle à ce sujet les faits de MM. Boinet, Trélat, Gosselin, et les siens, tous publiés dans vos Bulletins; il fait

remarquer qu'on a pu confondre ces tumeurs avec les kystes à grains riziformes; ils présentent en effet, comme ceux-ci, une crépitation que Morel Lavallée a attribuée à la collision des grains graisseux.

Enfin je citerai encore deux cas de *plaie de la main par armes à feu* que M. Després a guérie au moyen du pansement par occlusion de Chassaignac.

Si le contingent du *tube digestif* et de ses annexes n'est pas considérable, il est formé de faits intéressants. Nous trouvons une observation de rupture traumatique de la *vésicule biliaire,* de M. Martel, avec péritonite et mort le cinquième jour.

Deux cas de *hernie inguinale étranglée :* l'un, de M. Schwartz, est un exemple rare de *fausse réduction ;* le collet du sac, déchiré par le taxis, était resté adhérent à la paroi, tout en continuant à étrangler l'intestin ; M. Schwartz le sectionna et la malade guérit.

L'intérêt de la seconde observation de hernie, due à M. Trélat, est dans le succès de la *suture de l'intestin.* Celui-ci était adhérent, il se déchira, la plaie fut fermée par sept points de suture Lembert ; de plus, ce fait montre que dans certains cas il y a avantage à laisser un drain dans l'orifice du sac ; la guérison fut rapide.

Une discussion sur le *traitement des rétrécissements cancéreux du rectum,* commencée en 1881, se continue en 1882 ; elle met en parallèle la rectotomie et l'anus lombaire.

M. Trélat cite deux observations d'*extirpation* du cancer ; dans l'une, il y eut récidive ; dans l'autre, l'opération fut compliquée de cellulite pelvienne.

Si une opération radicale est impossible, il reste le recours à une opération palliative qui est indiquée, dit M. Verneuil, quand il y a obstacle au cours des matières. M. Verneuil préfère la *rectotomie linéaire* à l'anus artificiel quand le rétrécissement n'est pas situé trop haut ; elle est également défendue par M. Le Fort ; M. Le Dentu l'a pratiquée huit fois, et non seulement, dit-il, elle facilite la sortie des matières, mais elle fait cesser les spasmes du sphincter et les douleurs. M. Trélat cite une observation dans laquelle la rectotomie a donné au malade plusieurs mois de survie.

A la rectotomie, certains chirurgiens préfèrent l'anus artificiel ; l'*anus iliaque* de Littre n'est pas défendu; il n'en est pas de même de l'*anus lombaire* ou de Callisen. M. Trélat s'en montre partisan, il le préfère à l'anus iliaque, parce que la longueur d'intestin située au-dessus n'est pas beaucoup plus grande que dans celui-ci ; de plus, on n'est pas exposé à prendre l'intestin grêle pour le gros

intestin, et enfin la position de l'orifice est moins désagréable pour le malade. M. Trélat présente une de ses opérées qui porte un anus lombaire depuis six mois, et son état général est bon.

La *fistule à l'anus* a eu les honneurs d'une longue discussion, à propos d'un rapport de M. Championnière sur un travail de M. Queirel, préconisant l'emploi de la ligature élastique. M. Championnière considère ce moyen comme étant applicable à la majorité des cas.

Cette opinion n'a pas été acceptée par tous; un même traitement ne peut convenir aux diverses variétés de fistules, selon qu'elles sont simples, avec des diverticules, des fongosités, des callosités. — M. Verneuil recommande le thermo-cautère, M. Després l'écraseur et le bistouri, M. Terrier s'est bien trouvé quelquefois du drainage selon Chassaignac et de l'écraseur. De plus, il ne suffit pas de sectionner la fistule, il est nécessaire de modifier ses parois par le grattage, par des cautérisations et aussi de faire des pansements méthodiques : tel est le résumé de votre discussion.

La *gynécologie*, cette branche si considérable de la chirurgie, a plusieurs fois fixé votre attention.

Voulant chercher à diminuer les chances de récidive du cancer du sein, M. Kirmisson vous a proposé de joindre à l'ablation de la glande malade celle des *ganglions axillaires*, même quand la palpation ne permet pas de reconnaître leur induration ; ce principe est accepté par plusieurs d'entre vous. C'est du reste l'application au cancer du sein du principe posé par M. Kocher, d'enlever tous les ganglions sous-maxillaires dans l'opération du cancer de la langue.

Cependant MM. Le Fort et Gillette pensent que si l'on ne sent rien dans l'aisselle, il faut s'en tenir à l'ablation de la glande ; d'autres font remarquer qu'on ne peut suivre indistinctement une même pratique dans tous les cancers du sein.

Un cas d'*épithelioma* développé dans l'intérieur d'un conduit galactophore vous est présenté par M. Martel.

Les *kystes de l'ovaire* ont été l'objet de plusieurs communications.

Une observation de M. Després d'un kyste de l'ovaire guéri par les *injections iodées* a donné lieu à une discussion sur la valeur de ce mode de traitement. Il en ressort que l'on ne doit pas confondre pour les juger les kystes uniloculaires et les kystes multiloculaires ; pour ces derniers, l'ovariotomie seule convient.

Pour les kystes uniloculaires, les avis sont partagés, M. Championnière dit qu'on doit les enlever ; la ponction peut suffire pour les guérir, d'après MM. Trélat et Le Fort. M. Duplay l'a vu réussir

souvent et il fait remarquer que ces kystes sont plus fréquents qu'on ne le croit.

Si la ponction seule ne suffit pas, MM. Trélat et Després sont partisans de la ponction suivie d'injection iodée. — Celle-ci est rejetée par MM. Championnière, Duplay, Terrier, etc., qui lorsque les ponctions sont insuffisantes, préfèrent l'ovariotomie. Mais M. Boinet, s'appuyant sur sa longue pratique, a pris vivement la défense des injections iodées, qu'il emploie dans tous les kystes uniloculaires, excepté quand le liquide est épais et albumineux ; alors, comme pour les kystes multiloculaires, il faut, dit-il, recourir à *l'ovariotomie.*

Cette dernière opération a été pratiquée quatre fois par M. Millot-Carpentier, trois malades ont guéri ; M. Després vous en a communiqué un cas suivi de mort.

Après une communication de M. Queirel sur un cas de *kystes dermoïdes* accompagnés de *fibrome utérin*, M. Duplay engage une intéressante discussion sur la conduite à tenir quand ces deux tumeurs existent simultanément.

M. Queirel a enlevé l'utérus, puis les kystes, la malade est morte. M. Duplay pense qu'il faut en général respecter les fibromes; en agissant ainsi, il a obtenu plusieurs succès. M. Trélat est du même avis et aussi M. Terrier, qui a vu la mort suivre plusieurs fois l'ablation simultanée des deux tumeurs. Peut-être, ajoute-t-il, pourrait-on, dans l'espérance de faire diminuer les fibromes, recourir à l'opération de Battey et enlever l'ovaire sain après l'ovaire malade.

La question si controversée de la possibilité de l'*inversion utérine complète* paraît devoir être définitivement jugée, après l'observation si précise de M. Farabeuf. Dans ce cas, l'inversion portait sur l'utérus, sur le col et sur une partie du vagin, elle paraissait reconnaître pour cause un polype du fond de l'utérus.

Vous avez eu aussi à vous occuper du *traitement des fibromes* qui font saillie dans l'utérus ou le vagin.

M. Dezanneau vous a communiqué plusieurs cas d'énucléation de ces tumeurs faite avec le doigt, en s'aidant de la torsion et de la traction faite avec l'écraseur dont la chaîne est placée sur le polype. Mais ces manœuvres ne sont pas sans danger, la traction peut amener l'inversion de l'utérus; aussi M. Després préfère-t-il l'emploi de l'écraseur seul et M. Guyon celui de l'instrument tranchant.

Après ces opérations, on peut craindre le développement d'une septicémie utérine, M. Dezanneau recommande pour la prévenir l'emploi des *précautions antiseptiques*; M. Sée s'est servi avec

succès de la poudre d'iodoforme maintenue dans le vagin par un tampon.

Incidemment vient le *diagnostic de l'inversion utérine;* pour éviter toute méprise, M. Tillaux donne le conseil de ne pas chloroformer les malades, et M. Guéniot, d'explorer la tumeur par l'acupuncture.

M. Verneuil a porté à la tribune la question de la *cure des fistules recto-vulvaires.*

Il a montré par des exemples quelles étaient les difficultés de la guérison et les échecs multipliés auxquels le chirurgien est exposé. Ces insuccès sont dus à la minceur de la cloison recto-vaginale et au contact des matières intestinales. Il est disposé à abandonner l'avivement sanglant et à employer l'avivement par la cautérisation, en ayant soin de détruire l'ourlet et même une partie de la muqueuse rectale, puis il termine l'opération par une réunion immédiate secondaire.

M. Trélat a rencontré les mêmes difficultés que M. Verneuil, il propose une suture profonde réunissant les surfaces avivées comme les feuillets d'un livre; il a obtenu un succès par ce moyen; M. Tillaux place après la suture une pince spéciale pour empêcher le passage des matières. — M. Després propose de créer une fistule périnéale par laquelle passent les gaz.

A côté des fistules recto-vulvaires se place une observation de *fistule recto-vaginale inférieure,* de M. Monod. La fistule ayant résisté à l'avivement et à la suture, M. Monod l'incisa ainsi que le périné, disséqua tout le trajet, puis fit une périnéorrhaphie immédiate.

Il met en évidence, par un court résumé des observations semblables et des opinions de MM. Richet, Tillaux, Rizzoli, Le Dentu et Labbé, la valeur de cette opération, peut-être trop négligée.

Les opérations dans les cas de *dystocie* sont discutées à propos d'une opération de Porro. communiquée par M. Guichard.

MM. Championnière et Guéniot s'accordent pour reconnaître que la *céphalotripsie* ne répond qu'à certains cas déterminés, et que l'*opération de Porro* n'a pas répondu à ce qu'on attendait d'elle, car la résection de l'utérus aggrave le pronostic, et M. Championnière a montré qu'elle pouvait amener des réflexes morbides souvent funestes. Cette opération sera donc réservée, pour le cas de rupture utérine, à certains cas d'hémorrhagie, et l'on reviendra à l'*opération césarienne* qui, avec les perfectionnements actuels, sera moins grave qu'autrefois; M. Guéniot rappelle que déjà, en 1870, il a préconisé la section utérine pratiquée hors du ventre.

Un cas intéressant de dystocie par *cloisonnement transversal de la matrice* est dû à M. Guéniot; M. Polaillon croit qu'il s'agis-

sait d'un utérus biloculaire, dont la cloison verticale est devenue transversale pendant le développement du fœtus.

Sur les maladies des *organes génito-urinaires*, vous avez deux observations de *taille pour des calculs vésicaux*, l'une de M. Fleury, dans laquelle il resta une fistule périnéale ; l'autre de M. Cauvy, où l'opération fit disparaître des contractures violentes de l'urèthre.

Un cas de *rupture de l'urèthre*, par M. Piedvache ; ne pouvant trouver le bout postérieur, , ce chirurgien fit la cystotomie hypogastrique et le cathétérisme rétrograde ; le malade guérit.

La question des *cicatrices uréthrales* consécutives à l'*uréthrotomie externe* a été éclaircie par une présentation de M. Horteloup, vous montrant le canal de l'urèthre d'un malade opéré en 1878, et sur la muqueuse duquel on ne voyait aucune trace de cicatrice.

M. Surmay vous a proposé un nouveau procédé pour l'*opération du phymosis*. Ceci a donné à MM. Verneuil, Marjolin, Anger, Lannelongue l'occasion de défendre la dilatation simple du prépuce ; mais chez l'adulte, comme le font remarquer MM. Trélat et Horteloup, on devra souvent avoir recours à l'excision.

M. *Verneuil*, voulant insister sur la nécessité de rattacher les affections locales aux états constitutionnels préexistants, vous a lu un Mémoire sur l'*induration du corps caverneux* de la verge et ses rapports avec l'arthritisme et la glycosurie. Sur quatre faits, trois fois il a rencontré le diabète. Cette induration spéciale siège sur la face dorsale de la verge, est indolente et résiste aux traitements.

On cite à ce propos plusieurs cas d'indurations latérales des corps caverneux et du corps spongieux de l'urèthre.

Enfin vient un cas d'*ectopie périnéale du testicule* communiqué par M. Baudry.

L'*ophthalmologie* n'occupe pas cette année une grande place dans vos Bulletins.

Votre attention a été attirée de nouveau sur la *tuberculose oculaire*. M. Poncet vous a communiqué un cas de *tuberculose primitive de l'iris et du corps vitré*, dont il a fait un examen très complet. Là se retrouvent la question des rapports de la scrofulose avec la tuberculose, et de l'importance relative de l'histologie et de la clinique. M. Poncet s'attache à démontrer l'importance des cellules géantes.

Comme MM. Trélat et Perrin, il se déclare partisan de l'extirpation précoce dans les cas de tuberculose oculaire, mais seulement quand celle-ci amène des accidents.

A M. Peyrot, vous devez une observation d'*angiome fibreux de l'orbite.*

Une seule communication sur le *traitement de la cataracte*, elle est de M. Galezowski, et a pour but de montrer la nécessité de revenir à l'ancienne méthode française et d'abandonner l'excision de l'iris. M. Terrier, dans son rapport, fait voir que la section de l'iris est ou non nécessaire, selon que l'on emploie le procédé de de Graefe ou le procédé de Daviel; que les chirurgiens ont modifié peu à peu la méthode linéaire en revenant à la taille du lambeau et en se rapprochant de la méthode de Daviel, ce qui rend l'iridectomie inutile. M. Galezowski propose d'y renoncer et de tailler un lambeau sur la cornée, mais ce lambeau, comme celui de M. de Lucé, est plus large et moins haut que celui de Daviel. M. Terrier paraît se prononcer en faveur des petits lambeaux, modification de la méthode linéaire.

Le traitement de la *conjonctivite granuleuse*, affection si rebelle, est l'objet d'un Mémoire de M. *José Cardoso*, de Rio-Janeiro, qui propose l'emploi d'infusions de *Jequirity*. M. Terrier, dans un consciencieux rapport, dit que ce traitement mérite d'être expérimenté.

Je terminerai en vous rappelant les discussions sur le *chloroforme* et sur les *statistiques* des opérations.

Un cas de *mort par le chloroforme*, communiqué par M. Martel, a amené une courte discussion qui était comme l'écho de celle de l'année précédente. Le malade était mort de syncope au début de l'anesthésie, n'ayant fait que vingt inspirations environ.

Vous avez fait remarquer que si ce malade avait pris peu de chloroforme, il avait respiré un air saturé, ce qui expose à des dangers que l'on évite, dit M. Berger, en faisant au début des inhalations intermittentes.

MM. Trélat et Terrier ont insisté sur le danger qu'il y a également à commencer l'opération avant que l'anesthésie soit complète, le premier coup de bistouri pouvant amener une syncope.

Vous n'avez pas engagé de grandes discussions à propos des *méthodes de pansement*, question qui reste toujours à l'ordre du jour de la chirurgie, mais en se reportant à vos Bulletins, l'on voit que la méthode antiseptique et le pansement ouaté sont employés le plus souvent, avec plus ou moins de rigueur, il est vrai. Ces méthodes rencontrent toujours en M. Després un adversaire persistant, et en vous faisant connaître la statistique de son service de la Charité pendant l'année 1881, il a voulu montrer que par les pansements au cataplasme, au diachylum, à l'eau alcoolisée,

on obtenait des résultats aussi favorables qu'avec les nouvelles méthodes.

Cependant, comme l'a fait remarquer M. Polaillon, guérir ne suffit pas, il faut guérir vite et bien ; et puis il est démontré que les méthodes antiseptiques ont diminué considérablement les intoxications chirurgicales, en même temps qu'elles permettent de faire des opérations qu'on ne trouve guère dans les statistiques de ceux qui ne suivent pas ces méthodes.

M. Monod, répondant à la statistique de M. Desprès par d'autres statistiques plus nombreuses, a montré la supériorité des pansements antiseptiques, qui, en faisant disparaître presque complètement les complications des plaies, ont diminué beaucoup la mortalité des diverses opérations.

Une observation intéressante de M. Richon donne lieu à une discussion sur l'*extraction des petits projectiles*. Vous vous montrez partisan de l'abstention, même des recherches, quand les projectiles siègent dans les parties molles, l'accord cesse quand il s'agit de projectiles enclavés dans l'os. M. Chauvel pense qu'on doit alors les enlever sans retard. Cette opinion est combattue par MM. Le Fort et Desprès.

Enfin je citerai un Mémoire de M. Decès sur la *suture médiate* et une opération ingénieuse de M. Berger, qui recouvrit après avivement la *cicatrice ulcérée d'un moignon d'amputation* de la jambe, au moyen d'un lambeau cutané pris sur la jambe saine, et qui fut seulement détaché de cette jambe le vingt-troisième jour. Un résultat excellent fut obtenu.

J'ai terminé, Messieurs, cette bien longue analyse; mais si je vous ai retenu si longtemps, la faute en est à l'importance et au nombre de vos travaux.

Si, en effet, vous n'avez pas eu l'occasion de remplir dans la même proportion toutes les divisions du cadre pathologique, votre Société a fait preuve cependant d'une grande activité, qui s'est portée non seulement sur la thérapeutique, mais aussi sur la pathologie.

Vos travaux font nettement ressortir le cachet de votre chirurgie, qui se préoccupe de l'étiologie et de la pathogénie, qui cherche la précision du diagnostic, et qui, en thérapeutique, se montre prudente sans manquer de hardiesse quand c'est nécessaire. Par ces caractères, votre chirurgie mériterait le nom de *chirurgie médicale,* se distinguant ainsi de la *chirurgie opérative*, dont l'objectif principal est l'opération.

Messieurs, en cessant les fonctions de secrétaire que vous aviez bien voulu me confier, il me reste à vous adresser mes remercie-

ments, et pour l'honneur que vous m'avez fait, et pour la bienveillance que vous m'avez tous témoignée.

Proclamation des prix de la Société de chirurgie.

PRIX LABORIE.

La Société n'ayant jugé aucun des Mémoires présentés digne d'être couronné, le prix n'est pas décerné.

Un encouragement de 600 francs est accordé à M. le D[r] *Émile Trifaud*, médecin aide-major de 1[re] classe au 12[e] bataillon de chasseurs à pied, à Lyon, pour son mémoire intitulé :

De la gangrène gazeuse foudroyante.

Un encouragement de 400 francs est accordé à M. le D[r] *Petit* sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, pour son mémoire intitulé :

Sur le rôle des lieux de moindre résistance dans l'étiologie chirurgicale.

PRIX DUVAL.

Ce prix a été accordé à M. *Desnos*, pour sa thèse sur la lithotritie à séances prolongées.

Le Secrétaire,

NICAISE.

Séance du 24 Janvier 1883.

Présidence de M. LABBÉ.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques.

2° Un mémoire sur le cancer du plancher buccal et de la langue, par le D[r] Th. Weiss, de Nancy (commission : MM. Monod, Sée et Verneuil).

3° Des opérations graves chez les vieillards septuagénaires et traitement de la chute de matrice par le cloisonnement du vagin, par le Dr Eustache, de Lille.

4° *Revue des sciences médicales d'Hayem.*

5° M. Verneuil offre de la part de M. le Dr Henri Bergeron la traduction du *Traité des maladies du rectum*, par Curling.

6° *Des lésions anatomiques et de la nature du myxœdème*, par le Dr H. Henrot, de Reims.

7° *Traitement du goitre vasculo-kystique par l'électrolyse capillaire*, par M. H. Henrot, de Reims.

8° *Des lésions des artères de la jambe*, 3e thèse soutenue à Bordeaux par M. Ch. Vigen.

9° Note sur l'emploi de la suture osseuse après l'amputation de Pirogoff, par M. le Dr Pasquier, d'Évreux. (Rapporteur, M. Chauvel.)

10° Une lettre de remerciements de M. le professeur Mosetig-Moorhof, de Vienne, nommé membre correspondant étranger.

M. Labbé, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Il y a un an, à pareille époque, je vous remerciais de l'honneur que vous m'aviez fait en m'appelant à présider vos séances. Permettez-moi, aujourd'hui de vous adresser, de nouveau, mes remerciements pour la façon bienveillante avec laquelle vous avez facilité ma tâche.

Je remets entre les mains de M. Guéniot l'autorité dont vous m'aviez investi, et je le prie de prendre place au bureau ainsi que notre nouveau secrétaire annuel, M. Perier.

Je vais reprendre ma place au milieu de vous, conservant le souvenir de la preuve d'estime que vous m'avez donnée.

Installation du bureau.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Allocution de M. GUÉNIOT, en prenant le fauteuil de la présidence.

Messieurs et chers Collègues,

Avant de prendre place au fauteuil présidentiel, je tiens à vous remercier bien vivement de l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant, d'une voix si unanime, à diriger vos travaux.

Pour répondre à ce témoignage si précieux de votre estime, je m'efforcerai de conserver parmi nous ces traditions de courtoisie, de zèle et de probité scientifiques qui ont tant concouru à la prospérité de notre Société et qui, de nos jours, lui constituent un véritable patrimoine de renommée et de considération. Léguer intact, à ses successeurs, un tel héritage d'honneur me paraît être le premier des devoirs de votre président; grâce à votre bienveillant appui, j'ai confiance que je n'y faillirai point.

Maintenant, messieurs, permettez-moi de vous soumettre quelques courtes réflexions au sujet de l'économie de nos séances.

Depuis un certain temps, les divers travaux qui nous sont adressés ou directement communiqués se présentent en si grand nombre que, chaque semaine, l'ordre du jour devient inépuisable. Pour vous donner un aperçu de cet encombrement de richesses, il me suffira de vous dire que tel de nos collègues, avant d'obtenir son tour de tribune, s'est vu reporté de séance en séance pendant près de cinq mois; que tel autre, moins favorisé encore, n'a pu jusqu'ici vous communiquer une étude clinique dont la rédaction était terminée en mai dernier; enfin, que plusieurs de nos correspondants ont pu croire égarées des pages qu'ils nous avaient adressées de longs mois avant que leur reproduction figurât dans nos Bulletins.

Sans doute, messieurs, nous devons grandement nous féliciter d'une telle abondance de biens; car, elle témoigne avec éclat de l'importance et de la vitalité de notre Société. Mais nous devons penser aussi aux surprises de la mauvaise fortune; les sociétés scientifiques, pas plus que les particuliers, ne peuvent se flatter d'en être toujours à l'abri. Sachons donc mettre à profit les richesses qui nous sont si largement départies, et veillons avec soin à ne pas décourager, par une trop longue attente, les chirurgiens studieux qui apportent à cette tribune le fruit de leur labeur.

Est-il possible de donner satisfaction à tous ? Pouvons-nous, non seulement conserver, mais encore activer et développer ce courant si remarquable de travaux? Je n'hésite pas à le croire. Pour y parvenir, il nous suffira d'utiliser les deux ressources suivantes, dont nous avons la libre disposition, je veux dire : 1° restreindre les discussions à propos du procès-verbal ; 2° ouvrir nos séances exactement à l'heure réglementaire.

Au sujet du premier point, messieurs, veuillez me conserver la déférence que vous avez toujours eue pour vos présidents, et je saurai régler, au mieux de l'intérêt général, la durée des discussions improvisées Quant au second moyen, permettez-moi de compter sur vos habitudes de ponctualité, afin que je puisse aussi l'appliquer avec profit. En procédant ainsi, nous serons certains de bien faire, et pour la science, et pour la Société de chirurgie, et pour les hommes laborieux qui viennent soumettre à votre critique les résultats de leur observation.

Je ne veux pas terminer ces courtes remarques sans adresser, au nom de la Société, des remerciements bien mérités à MM. Labbé et Nicaise, pour le zèle qu'ils ont mis, l'un comme président et l'autre comme secrétaire annuel, à remplir utilement leur mission respective. Que notre dévoué secrétaire général, M. Horteloup, reçoive, lui aussi, l'expression de notre gratitude pour l'activité qu'il déploie et le succès qu'il obtient dans ses laborieuses fonctions.

Rapport

De M. Terrier sur un travail de M. Chavernac, d'Aix, intitulé : *Extraction de la cataracte. Retour à la méthode de Daviel.*

Messieurs,

Une commission composée de MM. Perier, Pozzi et Terrier rapporteur, a été chargée par vous de rendre compte d'un assez long mémoire présenté à la Société par M. le Dr F. Chavernac, d'Aix.

Ce mémoire a pour titre : *Extraction de la cataracte. Retour à la méthode de Daviel;* il porte successivement pour épigraphe une phrase de Gœthe et un vers d'Horace : *La trace de ses jours ne peut disparaître dans le néant* (Faust), et *Multa renascentur quœ jam cecidere* (art poétique, vers 70). Nous croyons inutile d'insister sur la portée que l'auteur a cru devoir attribuer à ces citations, elle se devine facilement.

M. le Dr Chavernac débute en rappelant les paroles de M. Warlomont, à propos de l'analyse d'un compte rendu de la clinique de

M. Landolt[1]. L'ophtalmologiste belge critiquant assez vivement une procédé d'extraction soi-disant découvert par M. Landolt, lui fait remarquer à juste titre que ce nouveau procédé n'est autre que celui de Daviel exécuté avec un couteau de A. von Græfe. Quand les ophtalmologistes auront réappris à se servir des couteaux de Beer et de Sichel père, on reviendra à la méthode de Daviel, telle est pour le chirurgien d'Aix, la prophétie de M. Warlomont.

Comme ses maîtres, M. Chavernac avait débuté en pratiquant l'extraction par la méthode de Daviel, il avait même obtenu de beaux résultats, puisque, les cas étant choisis il est vrai, l'auteur dit n'avoir eu que 5 0/0 d'insuccès.

Lors de l'apparition de la méthode de A. von Græfe, il accepta l'incision linéaire et l'utilisa tant en ville qu'à l'hôpital. Modifiant quelque peu le vers de Boileau, M. Chavernac assure que « *de Paris au Pérou, du Pérou jusqu'à Rome*[2] », tous les chirurgiens pratiquèrent à l'envi l'opération dite de A. von Græfe ; il fit comme tout le monde, il suivit la mode.

Notons d'ailleurs que l'auteur qui a opéré 416 cataractes a cru devoir expérimenter bien des procédés, celui de Kuckler excepté ; malheureusement, M. Chavernac ne donne pas sa statistique, ce qui nous paraît regrettable.

En fait, c'est le procédé à grand lambeau, le procédé dit de Daviel qui lui aurait donné, affirme-t-il, les meilleurs résultats ; c'est donc celui qu'il préconise, bien qu'il y ait ajouté une modification : l'*Iridotomie incomplète*.

Avant d'exposer sa méthode, ou plutôt son procédé opératoire, M. le Dr Chavernac a cru devoir présenter un aperçu historique très complet sur l'origine de l'extraction de la cataracte, sur son ancienneté affirmée par Sprengel et Ed. von Jœger, contestée par Malgaigne et H. Magnus. Il met en relief le rôle important joué par Daviel et fait même une véritable biographie de cet ophtalmologiste ; on nous permettra de ne pas insister sur ce point un peu en dehors du sujet à traiter.

En fait, perfectionnée par Richter, Wentzel et Beer, la méthode dite de Daviel fut généralement adoptée et régna sans conteste jusque vers 1864 et 1865.

A cette époque la section partielle de Jœger, devenue l'extraction linéaire, fut d'abord conseillée dans certain cas par Critchett, puis généralisée et vulgarisée en quelque sorte par A. von Græfe qui sut y ajouter l'Iridectomie.

[1] *Annales d'oculistique*, t. LXXXI, p. 269, 1879.

[2] Boileau a dit : *De Paris au Japon, du Pérou jusqu'à Rome*, satire VIII L'Homme.

L'opération dite par extraction linéaire combinée, quelque peu modifiée d'ailleurs, comme l'avait été l'opération dite de Daviel, fut acceptée à son tour presque partout, si bien que M. Warlomont écrivait, en 1874[1], qu'un opérateur sérieux, l'ayant pratiquée avec quelque suite, ne pouvait revenir à l'opération de Daviel. Remarquons qu'à cette date l'ophtalmologiste belge n'était pas encore prophète, au moins d'après le chirurgien d'Aix.

Le procédé à grand lambeau, il est vrai, avait été conservé par quelques ophtalmologistes parmi lesquels, l'auteur cite : Sichel père, Desmarres père, Bowman et surtout von Hasner, qui avait toujours protesté contre la méthode de A. von Græfe.

Le procédé de Daviel n'offre-t-il donc que des avantages ? M. Chavernac affirme cependant qu'il est « *très délicat* » et qu'il nécessite « *un long apprentissage* » ; s'il ne réussit pas, s'il survient de la suppuration, cela ne résulte pas de la hauteur du lambeau, mais bien plutôt de l'état général du sujet, remarque très juste, à laquelle cependant il faudrait ajouter quelque chose sur l'état local, plutôt que de faire intervenir l'influence « d'un beau climat », les opérés de cataracte étant peu exposés, que je sache, aux intempéries des saisons.

L'auteur avoue toutefois quelques iritis rebelles résultant de la contusion de l'iris par la sortie du cristallin, ce serait même là « un des principaux inconvénients du procédé », dit-il, aussi a-t-il cherché à y remédier par son iridotomie incomplète. Un second inconvénient du même procédé résulterait de la difficulté qu'on éprouve à expulser les couches corticales, lorsque l'on a affaire à une cataracte molle, d'où encore l'iritis, d'où la fréquence des cataractes secondaires, cataractes que, par parenthèse, il a aussi reprochées à la méthode linéaire. Ici encore se trouve l'indication d'une section de l'iris, de l'iridotomie, afin de mieux voir et par conséquent de mieux nettoyer le champ pupillaire.

Il est assez curieux de voir un chirurgien retourner au procédé du grand lambeau, en préconisant la section de l'iris, alors que tous les ophtalmologistes qui ont abandonné l'incision linéaire, pour faire un petit lambeau, se gardent bien de toucher à l'iris, et considèrent cette abstension comme un progrès.

Voyons donc le manuel opératoire proposé par M. Chavernac.

Il a percé l'œil gauche de la main gauche, l'œil droit de la main droite. Il faut être ambidextre, qualité pour les uns, défaut pour d'autres ; en tous cas cette possibilité d'agir des deux mains n'appartient pas à tout le monde, d'où une infériorité absolue de la méthode suivant moi.

[1] Des procédés d'extraction de la cataracte, etc., *in Annales d'oculistique*, t. LXXI, p. 8, n° 7. Janvier et février 1874.

L'œil est fixé soit avec la pique de Pamard, qui est d'un emploi peu commode, soit avec une pince à griffes, ce qui vaut mieux.

L'auteur fait la kératotomie inférieure, soit avec le couteau de Beer, soit avec celui de Græfe et cela, dit-il, selon que la fente palpébrale est arge ou étroite. Mais il s'en faut qu'on se serve des deux couteaux de la même façon, puisque l'un a pour but de conserver l'humeur aqueuse, tandis que l'autre la laisse écouler, que l'on scie ou non en coupant.

Le lambeau est demi circulaire, la ponction et la contre-ponction se font à un millimètre environ au-dessous du diamètre horizontal de la cornée, à un demi-millimètre du bord sclérotical ; la section demi-circulaire est faite dans la cornée. L'auteur rejette la section dans la sclérotique, il veut probablement dire dans le limbe scléro-cornéen. Cette manière de faire expose trop à la perte du corps vitré, aux hémorrhagies et aux enclavements iriens avec cicatrice cystoïde.

Remarquons que cette cicatrice cystoïde est regardée ici comme mauvaise, alors que d'autres ophtalmologistes en font l'apologie, un peu peut-être par nécessité.

Quand le malade est indocile, M. Chavernac imite la pratique de Desmarres père et fait un lambeau kérato-conjonctival, dans le but d'éviter que l'œil ne se vide par suite des contractures des muscles ou des paupières, bien plutôt que par la *vis expellens*, expression qui ne signifie pas grand'chose. D'ailleurs, en laissant intact un petit point conjonctival, nous croyons qu'on n'est guère préservé de cet accident si l'on n'a pas recours à d'autres moyens, entre autres au soulèvement des paupières à l'aide de l'écarteur.

La capsule est discisée crucialement. L'auteur, essentiellement éclectique, utilise soit le kystotome classique, soit celui de Warlomont, soit celui de M. Maurice Perrin.

L'écarteur est alors enlevé et le malade se repose un instant.

Jusqu'alors, le *modus faciendi* de M. Chavernac n'offre rien de bien spécial, il opère comme tous ceux qui pratiquent le Daviel, et utilisent de préférence les modifications de Desmarres père. Nous arrivons au perfectionnement déjà signalé plus haut à l'*iridotomie*.

Grâce à cette iridotomie, que l'auteur a utilisée « dans une vingtaine de cas », le cristallin est facilement expulsé, ses débris sont plus visibles et par conséquent, il est plus facile de nettoyer le champ pupillaire. Il est vrai que M. Chavernac se dit obligé de ramener avec la tige de la curette l'iris dans la chambre antérieure, afin de prévenir sa hernie, cette bête noire des extracteurs, comme l'appelle le docteur Critchett.

Au lieu d'inciser l'iris du cercle pupillaire à sa grande circonfé-

rence comme M. Moura-Brazil[1], M. Chavernac se contente d'un simple débridement du cercle pupillaire, débridement qui, dit-il, aurait été conseillé par M. Ch. Bell. Taylor en 1871[2]. Il en résulte un petit coloboma de 1 à 2 millimètres de haut n'offrant aucune importance au point de vue de la vision.

Empressons-nous d'ajouter que (??) d'adhérences iriennes au cristallin, ou chose plus difficile à expliquer, quand le sujet a eu des ophthalmies? ou qu'il est d'un tempérament sanguin (?), l'auteur fait l'iridectomie au lieu de l'iridotomie.

Comment se fait cette iridectomie, à l'aide de quels instruments, des ciseaux probablement. M. Chavernac a oublié de le noter.

La fin de l'opération consiste à nettoyer la pupille et à *rentrer* l'iris, ce qui n'est peut être pas toujours aussi simple que l'auteur paraît le dire. Parfois même il lui faut utiliser l'ésérine pour éviter le pincement de l'iris dans la plaie.

Le pansement par occlusion et compressif est renouvelé toutes les 24 heures et maintenu 5 à 6 jours; le régime n'est pas modifié, ainsi que les habitudes, aussi l'auteur préfère-t-il opérer les malades chez eux.

Enfin, M. Chavernac n'opère que lorsque le malade n'y voit plus, tout au plus fait-il exception pour les gens obligés d'y voir pour vivre, ce qui, par parenthèse, doit être assez fréquent.

Enfin, il n'opère pas lorsqu'un seul côté est pris, croyant qu'on ne pourra jamais rendre à l'œil opéré une acuité visuelle égale à l'autre. Cette condition d'ailleurs plus réalisable que ne paraît le croire l'auteur, ne nous semble pas une condition *sine qua non*, pour le rétablissement de la vision binoculaire.

Enfin, M. Chavernac n'opère jamais qu'un œil à la fois, précaution très acceptable surtout si l'on croit comme lui qu'elle peut être utile et parfois même nécessaire de changer de procédé opératoire.

A l'appui de la méthode de Daviel qu'il défend, l'auteur relate 21 observations dont 18 seulement se rapportent à la modification qu'il propose. Sur ces 18 cas même, un cas (obs. 2) ne peut compter en ce sens que le lambeau cornéen est petit et qu'on a taillé en même temps et forcément un lambeau irien.

Restent donc 17 observations qui auraient donné 16 succès, peut-être seulement 15, car dans l'observation 19, il est dit qu'après une fièvre continue, l'œil opéré avec succès fut perdu.

Dans un cas (obs. 11), il y eut une iritis grave; dans quatre cas (obs. 6, 11, 18 et 20), on nota l'issue du corps vitré, il est vrai que

1. *Arch. oph. de Lisboa*, sept. et oct. 1771.
2. Nouv. Remarques sur une méth. perf. etc. 1771.

l'auteur n'est pas très éloigné de regarder cet accident comme une bonne chose, opinion que nous ne pouvons accepter. Deux fois, l'iris fut adhérent à la plaie (obs. 14 et 16); enfin deux fois on dut utiliser la curette pour aller chercher le cristallin (obs. 17 et 20), ce qui ajoute encore un cas d'issue du vitréum (obs. 17); on peut donc admettre 5 pertes du corps vitré sur 16 ou 17 observations, ce qui fait près de 30 pour $^0/_0$ (29-82), chiffre assez respectable.

Remarquons que, dans aucune des observations publiées, on ne trouve une évaluation numérique de l'acuité usuelle, l'auteur se bornant à indiquer le numéro des lunettes choisies par les opérés.

M. Chavernac termine son mémoire en établissant une comparaison entre la méthode à lambeau et ce qu'il appelle assez dédaigneusement le procédé linéaire. Ici, l'auteur ne me paraît plus d'accord avec lui-même, car au début de son mémoire, il dit qu'il y a une méthode d'abaissement, une d'extraction, etc., et des procédés de Daviel, de A. Von Græfe, etc; il faut donc, à propos de la méthode d'extraction de la cataracte, comparer le procédé dit de Daviel avec celui de A. Von Græfe.

Au procédé de Daviel, et pendant l'opération, on a reproché la luxation du cristallin, d'ailleurs fort exceptionnelle; l'abandon des masses corticales derrière l'iris, on y remédie par l'iridotomie; enfin la hernie de l'iris qui est fatale, mais réductible.

Après l'opération, on a dit que l'étendue de la plaie nécessitait un long repos; or, l'auteur le conteste, la guérison de ses opérés ayant eu lieu au bout de 6 à 12 jours. L'enclavement de l'iris tient au plus ou moins de soin qu'on met à le réduire, cependant l'auteur avoue deux synéchies antérieures dans ses observations. La coaptation du lambeau n'est pas, au dire de M. Chavernac, un argument plus sérieux que celui tiré de sa longueur, surtout quand on a taillé un lambeau conjonctival, comme le faisait Desmarres. Cette coaptation serait même ici plus facile que lors de plaie linéaire, dans ce dernier cas, les lèvres de la plaie étant incessamment tiraillées par la contraction des muscles droits supérieur et inférieur » (*sic*) proposition sur laquelle nous reviendrons, mais qui nous semble inacceptable.

L'iritis signalée par quelques classiques serait empêchée par l'iridotomie, toutefois M. Chavernac en relate un cas; il est vrai qu'il en rend responsable l'usage d'un mauvais collyre à l'atropine?

Enfin, la suppuration de la cornée est fort rare, car il n'en a pas observé un seul fait ; en tous cas, elle résulterait, comme l'auteur l'a déjà dit, d'un mauvais état général, cause à laquelle on peut sans se compromettre, ajouter des remarques sur le milieu dans lequel on opère et sur l'état local de l'œil qu'on soumet au trau-

matisme, mais M. Chavernac n'en dit pas un mot, à tort selon nous.

Après avoir jugé aussi favorablement que possible l'opération dite de Daviel, l'auteur examine celle de A. von Græfe, et certes ne la ménage pas.

Tout d'abord, dit-il, cette opération de A. von Græfe a été fort modifiée en Angleterre, en France, en Belgique, en Allemagne ; si bien qu'on a pu dire que dans ces divers procédés, il ne restait guère de A. von Græfe que le couteau. (Warlomont.)

On peut répondre à l'auteur que l'opération de Daviel a été aussi singulièrement modifiée dans son exécution, sans que pour cela elle soit moins bonne. Mais, fait plus sérieux, c'est que M. Chavernac range parmi les modifications de la méthode linéaire, les méthodes à petits lambeaux, qui en effet n'ont plus que le couteau de commun avec le procédé primitif de M. A. von Grœfe.

Le procédé de von Græfe est long et difficile, je ne sache pas que celui de Daviel soit si facile, puisque l'auteur dit lui-même qu'il est « très délicat » et qu'il « nécessite un long apprentissage » ; enfin, pour l'appliquer, il faut être ambidextre, heureux don naturel du chirurgien d'Aix. Le procédé de A. von Græfe est douloureux ; celui de Daviel serait-il donc agréable ?

Pour sortir de l'œil, le cristallin doit suivre une route irrationnelle, dit l'auteur ; cela est un peu vrai, mais l'iridotomie facilite singulièrement cette route. La disposition linéaire de la plaie, plus encore que sa périphéricité, selon l'expression de l'auteur, fait que les lèvres de la section ne s'ouvrent pas et qu'il faut un effort pour faire sortir le cristallin. Cette remarque de notre très distingué collègue, M. Giraud-Teulon, est juste ; mais précisément elle s'accorde peu avec l'affirmation de M. Chavernac qui assure que la coaptation du grand lambeau de Daviel est meilleure que celle de la plaie linéaire de A. von Græfe.

L'auteur reproche encore au procédé allemand : l'hémorrhagie par blessure du canal de Schemm, la cicatrice cystoïde, la procidence du corps vitré, l'iridectomie qui mutile l'iris, la difficulté de la discision de la capsule, etc., etc. Après l'opération, il y aurait des cataractes secondaires, des irido-cyclites, l'hyalitis, l'enclavement de l'iris, l'interposition de lambeaux capsulaires dans la cicatrice, enfin un astigmatisme très accentué. Notons qu'il ne dit pas avoir examiné un seul de ses opérés à ce point de vue.

Bien des reproches précédents ont été faits au procédé primitif de A. von Græfe, alors que la section se faisait dans la sclérotique, et dans le limbe scléro-corneal. Beaucoup disparaissent, lorsque l'on utilise le procédé modifié par Bowman et Crittchet, c'est-à-dire quand la section est faite dans la cornée.

Enfin, M. Chavernac accuse le procédé de A. von Græfe d'exposer les opérés à l'ophtalmie sympathique, ophtalmie non connue de Daviel, ce qui n'a rien de bien extraordinaire, car à cette époque cette affection avait été à peine entrevue par les vétérinaires.

En fait, M. Chavernac n'aime pas le procédé allemand, quelque modifié qu'il puisse être, et il lui préfère le procédé français. Nous croyons toutefois qu'en accumulant des accusations plus ou moins justifiées à propos du premier de ces procédés, l'auteur dépasse le but qu'il s'est proposé d'atteindre. En établissant une comparaison entre les méthodes de Daviel et de A. von Græfe, il aurait dû, croyons-nous, étudier plus longuement et apprécier les procédés intermédiaires dont l'ensemble constitue la méthode à petits lambeaux, méthode jouissant au moins actuellement de quelque faveur parmi les ophtalmologistes. Quoi qu'il en soit, la revendication de M. Chavernac en faveur du procédé français, dit de Daviel, qu'il soit ou non modifié par l'iridectomie, nous paraît fort soutenable, elle est en outre dictée par un esprit de patriotisme scientifique qui nous est très sympathique d'autant que nous appartenons à la catégorie des « pauvres en esprit » (*sic*) [1], qui regardent les frontières comme des divisions, et même comme des divisions scientifiques.

En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer de déposer aux archives le travail de M. Chavernac et d'adresser des remercîments à l'auteur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

De M. Chauvel, sur un travail intitulé : *Névralgie et tic douloureux de la face. — Élongation du nerf dentaire inférieur droit par la voie buccale. — Disparition des douleurs pendant un mois et demi. — Récidive,*

Par M. le Dr Longuet, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Bourges.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte d'une observation d'élongation du nerf dentaire inférieur pour névralgie rebelle ; élongation suivie d'une amélioration, malheureusement de très courte durée. Ainsi que je le disais dans un rapport tout récent, ainsi qu'il

[1] Landolt, in *Notice historique sur Desmarres père*, in *Archives d'ophthalmologie*, t. II, no 6, p. 552. 1882.

ressort des discussions qu'ont soulevées dans la société les communications de M. *Sée*. (*Bulletins et mémoires de la société de Chirurgie*, 31 mai 1881, tome VIII, p, 448), et le rapport de M. *Pozzi*, encore présent à votre mémoire ; l'élongation, même pour les nerfs exclusivement sensitifs de la face et dans les cas de névralgie rebelle, ne saurait être acceptée sans plus ample informé, comme la méthode thérapeutique la plus simple et la plus heureuse. Les faits apportés à cette tribune ne plaident pas tous en sa faveur.

L'observation de M. le docteur *Longuet*, est-elle pour l'élongation un insuccès de plus, et les conditions opératoires permettaient-elles d'espérer un meilleur résultat? Un résumé du fait, dans ses parties essentielles, rendra la réponse plus facile.

Observation. — Un homme de 41 ans, cordier, entre à l'Hôtel-Dieu de Bourges le 16 juin 1882. Il est atteint, depuis quatre ans, d'une névralgie atroce du nerf dentaire inférieur droit, avec tic douloureux; toutes les médications ont échoué jusqu'ici contre cette affection, survenue lentement, elle n'a fait que progresser avec le temps.

Les crises névralgiques épileptiformes partent de la gencive, au niveau de la première petite molaire droite. De là les douleurs s'irradient : en arrière, jusqu'à l'angle de la mâchoire; en dehors, sur la portion droite du plancher de la bouche et du menton. Elles sont réveillées par la mastication, la parole, et surtout par la toux ou un violent effort d'expiration (*hem !*). La nuit, elles surviennent spontanément, d'où privation absolue de sommeil. Ces crises durent de 15 à 30 minutes, atroces ; le patient se tort et hurle véritablement sous la douleur. Pendant ces temps l'aile du nez et la commissure labiale droite sont agitées de contractions chroniques.

M. *Longuet* se décide alors à pratiquer l'élongation du nerf dentaire inférieur droit, à son entrée dans le canal dentaire, au niveau de l'épine de Spix, en suivant, nous dit-il, les indications données par *Michel de Strasbourg*, pour la section de ce nerf par la voie buccale. L'opération qui fut alors pratiquée le 4 juillet 1882, avec le concours de notre distingué confrère, le docteur *C. Sarazin*, est singulièrement facilitée par l'absence de dents qui rend très accessible le bord antérieur de la branche montante du maxillaire inférieur. Le bord est mis à nu, par section de la muqueuse et des fibres du buccinateur.

« Mettant de côté le bistouri, dit le Dr Longuet, je décolle avec la pointe d'une paire de ciseaux courbes tenus exactement fermés, tous les tissus situés sur la face interne de l'os, et j'arrive rapidement ainsi à pouvoir toucher l'épine de Spix à l'aide du doigt.

« J'ai pu sentir alors et faire sentir à M. *Sarazin* le cordon ner-

veux roulant au fond de sa gouttière. Aidé par l'index, maintenu sur l'épine de Spix, j'ai chargé le nerf sur le bout de mes ciseaux dont la concavité était tournée en dedans. Dans cette position, le nerf était senti très aisément ; nous avons même pu percevoir les battements de l'artère dentaire qui s'y trouve accolée.

« Agissant sur les anneaux des ciseaux comme sur un bras de levier, et leur faisant décrire un mouvement horizontal de dedans en dehors, j'arrive à exercer sur le nerf une traction, que je puis rendre aussi énergique que je le désire.

« Après avoir répété plusieurs fois, et avec la plus grande puissance, l'élongation du nerf, je retire mes ciseaux et le malade me déclare qu'il ne souffre plus; il parle, il tousse, il crache et ne ressent plus aucune douleur.

« La sensibilité cutanée du menton et de la joue persiste, mais la muqueuse des gencives, du plancher buccal et de la face interne des lèvres, à droite, est sensiblement anesthésiée. »

L'opération, faite sans anesthésie, n'avait durée que 20 minutes. Les suites en furent des plus simples. Dès le quatrième jour, la plaie était fermée. Le septième jour le malade sortait guéri de sa plaie et de sa névralgie ; à ce moment la muqueuse buccale avait recouvré toute sa sensibilité.

Malheureusement, et le retour de la sensibilité devait le faire craindre, la guérison fut de courte durée. Au bout d'un mois les douleurs reparaissaient dans la cicatrice buccale, sourdes d'abord, mais bientôt aussi violentes qu'avant l'intervention. Seules les convulsions épileptiformes avaient disparu.

Notre confrère fait suivre son observation des remarques suivantes : « 1° L'opération de l'élongation du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spix, est facile à pratiquer par la voie buccale; 2° un bistouri et une paire de ciseaux courbes suffisent à l'opérateur ; 3° le malade ne souffre presque pas et n'a pas besoin d'être chloroformisé; 4° il n'existe pas dans la région de vaisseau important (l'artère dentaire qui peut donner une hémorrhagie dans la résection du nerf, n'est pas lésée dans l'*élongation;* 5° le traumatisme est insignifiant puisqu'il consiste en une petite incision de la muqueuse buccale et un décollement de tissus à peine adhérents à la branche montante du maxillaire inférieur; 6° la plaie peut se cicatriser très facilement et ne laisse même pas de trace extérieure; 7° dans le cas ci-dessus relaté, le soulagement a été *instantané ;* 8° mais il n'a duré que six semaines, peut-être parce que l'élongation n'a pas été poussée assez loin. »

Messieurs, je regrette de ne pouvoir être du même avis que notre honorable confrère M. Longuet, mais en dehors de ses dernières remarques touchant à la guérison rapide de la plaie, à l'instanta-

néité du soulagement dans le cas donné et à la rapidité de la récidive, remarques qui ne sont que la constatation des faits, il me semble que ses conclusions sont des plus discutables. Et d'abord, l'élongation du nerf dentaire inférieur a-t-elle été pratiquée; ce cordon nerveux a-t-il été réellement distendu, allongé? Nous n'en avons pour preuve que l'anesthésie consécutive de l'opération, et cette preuve n'est pas de celles qui s'imposent. Je veux bien que notre confrère ait senti un cordon roulant sous le doigt, sur l'os d'abord, puis sur la concavité de ses ciseaux; mais sommes-nous sûrs que ce cordon soit le nerf dentaire? Notre sûreté serait autre si le tronc nerveux avait été saisi sur un crochet et attiré en avant, assez en avant pour être vu par l'opérateur et ses assistants.

Oui, l'opération est facile, si l'on ne tient pas à mettre le nerf à nu, à le voir, à le prendre dans la concavité de son crochet. Mais, si l'on veut agir régulièrement, les difficultés sont plus grandes. Sur de nombreux sujets, jeunes il est vrai et possédant toutes leurs dents, j'ai tenté l'élongation du nerf dentaire inférieur par la voie buccale, et je puis dire qu'en ces conditions elle n'est rien moins qu'aisée. On sent peu ou mal l'épine de Spix, on sent mal le cordon nerveux, et si l'on réussit à le charger sur un crochet à strabisme, ce n'est que rarement à la première tentative.

Un bistouri et une paire de ciseaux courbes suffisent à l'opérateur dit le Dr *Longuet*. En admettant que le cordon nerveux soit réellement saisi sur le bout des ciseaux, qui prouve qu'il ne fuira par au premier mouvement de renversement des anneaux. Et comment calculer, mesurer la force employée et la distention obtenue? Je repousse donc absolument cette manière de faire.

Je ne discuterai pas la possibilité ou l'impossibilité d'une hémorragie par rupture de l'artère dentaire. Je doute que ce vaisseau puisse, sans se rompre, se laisser allonger au même degré que le nerf; or, nous savons que les nerfs ont parfois cédé à la distension. Mais, il est probable qu'ainsi allongé, le vaisseau rompu ne serait pas cause d'une hémorragie, en raison de l'inégale résistance de ses tuniques et de la rétraction des membranes interne et moyenne. En somme, je ne crois pas que le fait relaté par M. Longuet, étant donnés les doutes légitimes qu'il suscite, puisse entrer en ligne de compte pour juger la valeur de l'élongation dans le traitement des névralgies rebelles.

Cette observation nous conduit à dire quelques mots de la question de médecine opératoire et de la valeur de l'élongation en ce qui concerne spécialement le nerf dentaire inférieur et ses névralgies. Il est bon de remarquer que les opérations faites immédiatement au-dessus de l'épine de Spix, portent sur le nerf dentaire inférieur seul et non sur le tronc même du maxillaire inférieur. La

Paris. Soc. d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau. *Le gérant:* G. MASSON

communication faite par notre collègue M. *Sée*, au mois de mai dernier, amena quelques-uns d'entre vous à donner leur appréciation sur la valeur des méthodes applicables, tant à la résection qu'à l'élongation du nerf dentaire inférieur, soit à son entrée dans le canal du maxillaire, soit un peu plus loin dans le conduit osseux.

La méthode intra-buccale, bien qu'elle soit préconisée par Létiévant dans son traité des sections nerveuses, n'a pas trouvé de défenseur parmi vous. Elle est difficile, elle semble exposer plus que les autres à la lésion de l'artère dentaire, et à des hémorragies graves. M. *Polaillon* préfère la trépanation par la face externe (méthode de *Warren*, *Velpeau*), comme plus précise et permettant de ne toucher que le nerf dentaire sans léser ni les linguales ni les vaisseaux. Ses suites sont simples et la perte osseuse insignifiante sur le sujet ; c'est, en effet la pratique la plus sûre, car elle conduit directement sur le nerf, et permet de voir exactement ce que l'on fait, avantage qui n'est jamais à d édaigner; mais il n'est pas contestable qu'elle entraîne un traumatisme plus considérable et une cicatrice qui, chez la femme, doit nuire à la régularité des traits.

M. *Gillette*, comme M. *Marc Sée,* préfère la méthode conseillée par *Sonnenburg* pour la résection du nerf dentaire inférieur. Elle consiste à découvrir le nerf par une incision en crochet, embrassant l'angle de la mâchoire, remontant le lond du bord postérieur de la branche montante jusqu'à 1 1/2 centimètre, et se prolongeant en avant, suivant le bord inférieur de l'os, jusqu'au voisinage de l'artère faciale. Je l'ai essayée plusieurs fois à l'amphithéâtre. Elle n'est pas, il faut bien l'avouer, d'une exécution facile, car l'épine de Spix se trouve à près de 3 centimètres de la plaie, et il faut aller chercher le nerf au-dessus d'elle, c'est-à-dire plus loin encore. Le doigt arrive bien à sentir la saillie osseuse, mais le chargement du nerf sur un crochet et sa mise à jour dans la plaie, sont des plus difficiles. Notre collègue, M. *Sée*, nous dit, en effet, qu'il n'a pas vu le tronc nerveux, et qu'il est possible que le lingual ait été saisi et élongé en même temps que le dentaire.

En examinant la disposition anatomique des parties, il semble que le chemin le plus court, le plus aisé pour arriver sur le nerf dentaire inférieur, avant ou à son entrée dans le canal osseux du maxillaire, est de porter l'incision sur le bord même de la branche montante. Je ne dis pas que ce soit la voie la moins dangereuse. En commençant l'incision sur le bord osseux, un centimètre en avant de l'angle maxillaire, et la continuant de bas en haut, dans l'étendue de 35 à 40 millimètres, sur le bord postérieur de la branche montante, la mise à jour du nerf et son chargement sont bien moins pénibles. A hauteur de l'épine de Spix, le tronc ner-

veux est couché dans une gouttière osseuse, large encore, mais dont le bord postérieur est beaucoup moins saillant que le bord antérieur, en partie constitué par la base de l'épine. De plus, pendant que l'entrée du canal osseux n'est guère qu'à un centimètre du bord postérieur de la branche montante, elle est éloignée de près de deux centimètres de son bord inférieur. Il y a donc tout intérêt à suivre la voie postérieure. Il est vrai qu'on divise alors quelques branches du facial et de l'artère transversale de la face, mais avec des précautions on peut éviter, il nous semble, et la parotide qu'on repousse en arrière, et le canal de Sténon ainsi que les troncs de la transversale de la face et du facial supérieur. Théoriquement, l'opération est ainsi plus aisée, et nous croyons que pratiquement, il est indiqué de se rapprocher autant que possible de l'incision que nous conseillons, parce qu'elle est le chemin le plus court et le plus direct pour arriver sur le tronc nerveux.

Resterait encore à discuter la valeur de l'élongation, comparée à la simple section et à la résection du nerf dentaire inférieur. Mais il faudrait pour cela posséder un nombre suffisant d'observations complètes, de résultats longtemps suivis. Or, en fait de distensions simples d'un nerf dentaire inférieur, je n'ai trouvé que les observations de nos collègues MM. Sée et Polaillon. En Allemagne, *Langenbuch* (Berlin-Klin. Wochens. 1880, 17 avril) a pratiqué l'élongation intra-buccale du nerf maxillaire inférieur ; la même année, *Hahn* et *Credé* ont également distendu ce tronc nerveux. Mais, dans ces opérations, comme l'indique le titre des observations, l'élongation a porté sur le tronc même du maxillaire inférieur. De plus, *Langenbuch* seul s'est contenté de soulever le nerf, de l'élonger. Ses collègues ont, comme l'a fait M. Polaillon, ajouté à l'extension, la résection d'une portion du nerf ou la névrotomie simple. Il nous paraît donc impossible d'apprécier actuellement la valeur thérapeutique de l'élongation du nerf dentaire inférieur, dans les névralgies rebelles. Les faits sont insuffisants.

En terminant, je vous propose, Messieurs :

1° De déposer honorablement dans nos archives le travail de M. le Dr Longuet.

2° De le remercier de son intéressante communication,

Discussion.

M. Berger. Le procédé préconisé par M. Chauvel, me paraît difficile ; n'expose-t-il pas à léser la parotide, les branches cervico-faciales du nerf facial et des artères importantes, d'où la possibilité de fistules parotidiennes, de paralysies fâcheuses ou d'hémor-

ragies graves. Je n'ai pas eu l'occasion de l'appliquer, mais j'avoue que j'hésiterais beaucoup à suivre une voie aussi dangereuse.

M. Polaillon. Je crois devoir dire quelques mots des opérations dont j'ai déjà entretenu la Société, et auxquelles M. Chauvel vient de faire allusion.

Il y a plus d'un an (*Bull. de la soc. de chir.*, p. 802, 1881), chez un homme atteint de névralgie rebelle, j'ai mis à nu, par le procédé de Warren, le nerf dentaire inférieur, et j'ai pratiqué sur ce nerf une forte élongation, l'opération fut facile, la réunion fut primitive, sans cicatrice apparente. Le malade fut immédiatement soulagé, mais la douleur ne disparut que progressivement au bout de deux mois; cette guérison ne se maintint pas et la récidive eut lieu au bout de quatre mois.

Ayant eu à faire la même opération sur un autre malade (*Bull. de la soc. de chir.*, p. 450, 1882), je considérai l'élongation comme insuffisante, je la fis suivre, cette fois, de la section du nerf et de l'arrachement du bout périphérique. Les névralgies ne cessèrent pas de suite, et il n'y eut de diminution que dix jours après; au bout de six mois, il ne restait de douloureux qu'une portion de gencive que je dus exciser.

A quelque temps de là, M. Labbé m'invita à pratiquer la même opération sur une femme de son service ; j'eus recours aux mêmes moyens, mais je ne sais si j'ai fait la trépanation un peu trop haut, si l'épaisseur de la couche osseuse qui recouvrait le canal dentaire était trop mince, toujours est-il que l'opération présenta des difficultés, le nerf fut lésé par la couronne du trépan. Sa recherche devint laborieuse, et il fut impossible d'arracher le bout périphérique; la malade a été soulagée mais non guérie.

M. Berger a parlé des dangers de l'opération préconisée par M. Chauvel, les lésions qu'il redoute sont, en effet, possibles, mais on n'a pas à les craindre avec le procédé de Warren. Il n'y a eu d'incidents que dans ma dernière opération, à la suite de laquelle il y a eu un peu de suppuration, mais sans gravité.

Quant tout se passe bien, le seul inconvénient est un léger trouble consécutif dans la mastication, mais il est de peu de durée. Malheureusement l'élongation simple est infidèle et lors même qu'elle a été suivie de la section du nerf et de l'arrachement du bout périphérique, le résultat peut rester incomplet.

M. Anger. Je demanderai à M. le rapporteur si, dans l'observation dont il nous rend compte, on a signalé la couleur du nerf. Si je lui pose cette question, c'est que j'ai eu occasion de faire l'autopsie d'un malade qui avait souffert d'une violente névralgie dentaire, absolument étrangère au mal dont il était mort, et pour

laquelle on eut été en droit de tenter une élongation. J'ai trouvé le nerf du côté douloureux, très vascularisé, et d'un rouge vif dans toute sa longueur, depuis le ganglion de Gasser jusqu'aux parties les plus éloignées; contre une semblable névrite l'élongation ou la section peuvent rester sans effet, et on ne saurait en être surpris.

M. Labbé. J'ai suivi la malade que M. Polaillon a opérée dans mon service; l'inflammation de la plaie a guéri rapidement. Quant à la névralgie, elle a été profondément modifiée; les douleurs et l'insommie étaient telles que la malade songeait au suicide, mais aujourd'hui, après une période aiguë, l'état est très satisfaisant, l'existence est devenue tolérable et cette femme est heureuse d'avoir été opérée.

M. Monod. J'ai fait il y a un an l'opération de Warren, le résultat immédiat a été parfait; mais après quelques mois il est survenu des douleurs au niveau du trou mentonnier, ce n'était plus l'ancienne névralgie il est vrai, mais en fait, la guérison a été incomplète. Le procédé est relativement facile, et en donnant très peu de hauteur à la couronne du trépan, on peut arriver en plusieurs temps sur le nerf que l'on voit très nettement. Je n'ai pas mesuré la traction que j'ai exercée, mais elle a été violente, la plaie, traitée antiseptiquement, a guéri sans accident et la cicatrice perdue dans la barbe est imperceptible.

Le procédé de Warren est bien supérieur au procédé de Langenbuch, et je connais un cas où l'opérateur ayant choisi la voie intra-buccale, il a fallu lier la carotide externe pour arrêter une hémorrhagie grave de la dentaire inférieure.

M. Sée. Je reste convaincu que le procédé de Sonnenburg, dans lequel on va chercher le nerf directement à son entrée dans le canal en incisant le long du bord inférieur de la mâchoire est encore le meilleur procédé.

Il permet de respecter tout, l'os, les muscles, les vaisseaux, la parotide, on n'en peut dire autant du procédé de Warren; d'autre part, la voie intra-buccale n'est pas toujours praticable, en cas de constriction des mâchoires par exemple. Le seul reproche qu'on puisse adresser est la profondeur du nerf; il est vrai qu'il est difficile à voir, mais il est aisé de sentir l'épine de Spix, et avec un bon éclairage artificiel on peut arriver à isoler nettement le dentaire inférieur du lingual et de l'artère; cependant je reconnais que la déchirure de ce vaisseau est grave, car une fois elle a causé la mort et une fois nécessité la ligature de la carotide externe.

En ce qui concerne l'action sur le nerf, il n'est pas douteux que

l'élongation soit supérieure à l'incision et à l'excision. Certaines névralgies sont d'origine centrale, l'incision ni l'excision n'y feront rien, l'élongation seule pourra agir à distance. J'ai obtenu une guérison définitive, ma malade ne manque pas une occasion de m'exprimer sa reconnaissance et j'ai eu de ses nouvelles au commencement de cette année.

M. Polaillon. J'ai toujours pratiqué l'élongation avant de sectionner le nerf, et si j'ai recommandé de faire davantage c'est que l'élongation est souvent suivie de récidive.

M. Farabeuf. J'ai assisté aux essais faits par M. Sée sur le cadavre, et je crois pouvoir me permettre de faire quelques remarques. D'abord, en cas de trépanation, il sera toujours prudent de procéder graduellement, d'écailler pour ainsi dire le maxillaire.

Pour les autres procédés, je signalerai le ligament sphéno-maxillaire qui peut être très développé et masquer plus ou moins le nerf et l'artère dentaire ; n'est-il pas difficile et même dangereux d'attaquer ce ligament avec de simples ciseaux courbes ? J'ai été frappé aussi du nombre des veines à ce niveau, et du voisinage presque immédiat de l'artère maxillaire interne si flexueuse. Enfin que deviennent les muscles que l'on sectionne ou que l'on sépare de leurs insertions?

M. Polaillon. Dans le procédé que j'ai suivi, le masséter n'est pas coupé transversalement, il est surtout décollé vers l'angle de la mâchoire. Pendant 10 ou 15 jours, la mastication est impossible, il faut donner des aliments liquides ou presque liquides, puis peu à peu les mâchoires s'écartent davantage et le fonctionnement est normal au bout de 6 semaines ou 2 mois.

La trépanation doit être faite avec précaution, mais il faut savoir que tous les cas ne sont pas également faciles comme on peut en juger par ma dernière opération.

M. Chauvel. Il y a deux points à considérer, la valeur de l'élongation et la valeur du procédé suivi pour arriver au nerf. L'élongation a donné une guérison entre les mains de M. Sée, et seulement de l'amélioration entre celles de MM. Labbé et Monod ; mais les faits ne sont pas assez nombreux pour établir une comparaison entre l'élongation, la section et l'excision.

Quant à la valeur du procédé, je vois que les divergences révélées par les précédentes discussions subsistent encore. Je reconnais que sur le cadavre, la trépanation est plus facile ; mais je persiste dans ma préférence pour le procédé de Sonnenburg que je propose de modifier en diminuant l'incision horizontale et allongeant l'incision verticale. On peut la faire remonter jusqu'à 3 cen-

timètres ou 3 centimètres 1/2 de l'angle de la mâchoire sans danger, on voit alors beaucoup mieux le fond de la plaie.

Je répondrai à M. Anger que M. Longuet n'a pas signalé la coloration du nerf chez son opéré.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le Secrétaire,

CH. PÉRIER.

Séance du 31 janvier 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Journal de thérapeutique de Gubler.* — *Marseille médical.* — *Revue de chirurgie.* — *Revue de médecine.* — *Revue scientifique.*

Gazette médicale italienne-lombarde. — *British médical.* — *Gazette des hôpitaux de Milan.* — *Le Siècle médical de Madrid.*

4° Les procès-verbaux de la Société Royale de la Nouvelle-Galles de Sidney.

5° Une observation de Colotomie lombaire, par M. Bryant, chirurgien de Guys'hôpital.

6° M. Velfroy, de Sedan, adresse à la Société un exemplaire de sa thèse intitulé : *du Pannus* et de son traitement par l'innoculation blennorrhagique.

7° M. Gayet, de Lyon, offre un volume contenant une série de photographies prises à la clinique ophtalmologique de la Faculté de Lyon.

M. le Président annonce que M. Gayet, de Lyon, assiste à la séance.

Il annonce, en outre, que la Société vient de perdre un de ses

membres correspondants, les plus illustres, M. le professeur Sédillot.

Communication.

Trois observations de taille hypogastrique,

par M. CHARLES MONOD.

Messieurs,

Chargé, il y a un peu plus d'un an (octobre 1881), de vous rendre compte d'un travail de M. le Dr Bois (d'Aurillac) sur la taille hypogastrique, je vous communiquais, à cette occasion, le récit de trois opérations semblables faites par moi l'année précédente (1880). Je me joignais en même temps à notre confrère pour attirer votre attention sur les avantages que présente ce procédé de taille et sur les raisons qui semblent le placer au-dessus de tous les autres.

Je vous disais alors qu'à l'étranger, et particulièrement en Amérique, sous l'impulsion du Dr Dulles, un important mouvement se prononçait en sa faveur. J'ajoutais, qu'en France, la cystotomie sus-pubienne paraissait sur le point de rentrer en faveur et de reprendre le rang dont elle n'aurait pas dû déchoir.

Je ne me trompais pas. Nous ne possédions, alors, parmi les faits récents, que ceux du Dr Bois, ceux de notre collègue M. Perier, et les miens. Depuis lors, grâce surtout à la haute intervention du professeur Guyon, la taille hypogastrique a décidément repris droit de cité parmi nous. Elle semble, désormais, devoir être l'opération de choix toutes les fois, qu'en présence d'un calcul volumineux et dur, on sera obligé de renoncer à la lithotritie.

Telle est, du moins, l'impression que laisse la lecture de l'important mémoire paru tout récemment dans les *Annales des maladies des voies génito-urinaires*, dans lequel M. Guyon, analysant les huit opérations pratiquées par lui dans le cours de l'année dernière (1882), étudie avec l'autorité qui lui appartient le manuel opératoire et les indications de la taille hypogastrique[1]. Telle est aussi la conclusion à laquelle s'arrête un de ses élèves, le Dr Broussin, dans l'intéressante thèse inaugurale qu'il soutenait il y a quelques semaines à la Faculté de Paris[2]. Telle est enfin l'idée que défend encore le

[1] GUYON : Contribution clinique à l'étude de la taille hypogastrique (*Annales des maladies des voies génito-urinaires*, 1883, I, p. 1 et 97).

[2] BROUSSIN : Étude sur la taille hypogastrique, *Thèse, Paris*, 1882.

Dr Reclus dans une excellente *Revue critique*, que vient de publier la *Gazette hebdomadaire*[1].

Je ne viens pas, à mon tour, à l'aide d'arguments semblables défendre la même thèse. Aussi bien la démonstration peut-elle être considérée comme faite. Il reste à établir par les faits que la pratique est d'accord avec la théorie.

Les observations récentes de taille hypogastrique sont, en France du moins, encore peu nombreuses. Il importe qu'aucune ne passe inaperçue.

Ayant pu, cette année même (1882), pratiquer trois fois encore cette opération, il m'a paru que je devais vous faire part de cette nouvelle série d'observations, dont l'étude, à des points de vue divers, est, comme vous le verrez, fort instructive.

Je rappelle tout d'abord que je me suis absolument conformé, dans ces trois occasions, aux préceptes opératoires formulés par M. Guyon et par M. Perier. Je n'avais pas eu recours, lors de mes premières tentatives, au ballonnement rectal introduit en France un peu plus tard par le dernier des chirurgiens que je viens de nommer. Je crois que les résultats meilleurs que j'ai obtenus cette fois sont dus en partie à l'emploi de cette excellente manœuvre préliminaire. J'ai de plus renoncé à la suture de la vessie, tout en faisant à ce sujet des réserves pour l'avenir. Je me suis contenté de fermer la plaie abdominale dans sa partie la plus élevée. Deux gros tubes en caoutchouc, placés côte à côte, plongeant dans la vessie et fixés aux lèvres de la plaie, assuraient le libre écoulement de l'urine et permettaient un lavage exact et fréquent de la cavité vésicale.

Je dis immédiatement que de mes trois opérés un seul a succombé — et, chose remarquable, précisément celui pour lequel la simplicité de l'acte opératoire, l'absence de toute complication et de tout accident local avaient fait espérer une heureuse et prompte guérison. Vous verrez en effet tout à l'heure que la mort a dû être rattachée à une lésion viscérale découverte à l'autopsie bien plutôt qu'à l'opération elle même.

Cela dit, je passe à l'analyse rapide de mes observations :

Mon premier malade était un homme de 56 ans[2]. Il avait à l'âge de 17 ans subi une lithotritie à la suite de laquelle il était resté jusqu'en février 1882, c'est-à-dire pendant près de 40 ans, absolument sans accident du côté de la vessie. A cette époque, les signes ordinaires de la pierre reparaissaient. Lorsqu'il entra à l'hôpital, en

[1] Reclus : La taille hypogastrique (*Gazette hebdomadaire*, 1882, n° 50, p. 813)
[2] L'observation *in extenso* a été publiée dans la thèse de M. Broussin.

août 1882, dans le service du professeur Guyon, que je remplaçais alors, le diagnostic n'était pas douteux. Les signes fonctionnels, le cathétérisme et même le toucher rectal révélaient la présence du calcul.

Celui-ci devait être volumineux, la saillie notable qu'il faisait dans le rectum permettait de le supposer, et déjà, pour cette raison, je penchais pour la taille. L'exploration avec le lithotriteur montra bientôt qu'il n'y avait pas d'autre parti à prendre. En effet, l'instrument introduit dans la vessie demeurait toujours au-dessus de la pierre. Les choses étaient disposées de telle sorte qu'il était impossible de retourner le lithotriteur, bec en bas, pour aller saisir le calcul logé dans le bas-fond. L'opération sanglante, en exposant les parties, allait bientôt donner l'explication de ces difficultés de manœuvres.

La taille décidée fut exécutée séance tenante. Elle fut faite par la voie sus-pubienne et après distension du rectum par le ballon de caoutchouc. Je passe sous silence les premiers temps de l'opération, qui ne présentèrent rien de particulier. L'extraction du calcul fut, au contraire, extraordinairement laborieuse.

La vessie ouverte et le doigt étant introduit dans la cavité, je reconnus que la pierre située dans le bas-fond, était enclavée dans une loge dont l'orifice admettait à peine l'extrémité de l'index. Combinant alors l'exploration par le rectum avec celle que je pratiquais à travers la plaie, je vis que saisie entre les deux doigts, elle semblait absolument immobile ou du moins qu'elle faisait véritablement corps avec la vessie et ne pouvait être chassée hors de la cavité qu'elle occupait. Il fallait cependant y parvenir pour qu'elle pût être saisie avec les tenettes et extraite. Je me mis donc en devoir, à l'aide du doigt, de dilater l'orifice de la loge dans laquelle elle était contenue. Je réussis non sans peine à la libérer en partie. Je tente alors de la prendre entre les mors d'une tenette articulée dont les deux branches auraient été successivement glissées sur ses deux faces. L'une des branches est assez facilement mise en place, mais l'autre ne peut être introduite à travers l'ouverture encore trop étroite du diverticule. Je recommence la manœuvre de décollement du calcul, puis je m'efforce cette fois de le saisir entre les mors d'un lithotriteur introduit par la plaie. Mon désir était de le fragmenter, afin de l'extraire par morceaux. Vains efforts. Je répète alors la même tentative avec le même instrument, mais en le faisant pénétrer par l'urèthre. Je priai en même temps mon collègue et ami le Dr Bouilly, qui fort heureusement était venu m'apporter son très utile concours, de pousser en avant le calcul à l'aide du doigt introduit dans le rectum. Notre tentative est cette fois couronnée de succès. Quatre prises peuvent donc être faite

qui réduisent notablement le volume de la pierre. Les débris ainsi obtenus, furent facilement extraits avec les tenettes. Restait cependant encore tout au fond du diverticule, un gros fragment fortement enclavé que l'instrument ne parvint pas à saisir. Je pense être plus heureux avec un davier, dont l'extrémité plus petite arriverait plus aisément sur le calcul. Il n'en est rien. Introduisant alors moi-même de nouveau un doigt dans le rectum, et refoulant de nouveau ce dernier fragment, je m'efforce, avec les doigts de l'autre main, d'achever de le libérer par décollement. Grâce à cette double action combinée, je parviens enfin à le mobiliser et à le refouler vers la cavité vésicale. Je n'eus plus alors qu'à le saisir avec une tenette ordinaire pour l'amener en dehors.

L'extraction n'était cependant pas complète ; il n'y avait plus de fragments volumineux, mais toute la surface interne de la vessie était encore comme incrustée de boue calcaire. Il fallut d'abondants lavages avec la solution borique pour l'entraîner à l'extérieur. Elle était par places tellement adhérente à la muqueuse, que l'on dut faire un vériable grattage de la face interne de la vessie, pendant que le courant d'eau emportait ces menus fragments ainsi détachés.

Le ballon rectal fut alors retiré, les tubes introduits et le pansement fait à l'ordinaire.

L'opération avait duré plus d'une heure. L'écoulement sanguin, malgré ces longues et laborieuses manœuvres, avait été très modéré, il s'arrêta de lui-même sans difficulté. Le cul-de-sac péritonéal qui, un moment et sous l'influence des efforts du malade, avait apparu à l'extrémité supérieure de la plaie, avait été aussitôt refoulé et maintenu en place par un aide. Le point de suture supérieur comprenant toute l'épaisseur de la paroi, s'opposait, l'opération achevée, à ce qu'il descendit de nouveau.

Les suites furent relativement simples, la réaction cependant assez vive et une certaine sensibilité à la pression de l'abdomen nous donnèrent tout d'abord quelques craintes, mais elles furent de courte durée.

La guérison fut lente. Ce n'est que deux mois plus tard que la plaie est complètement fermée. Au bout de ce temps, le malade quitte l'hôpital guéri, urinant par l'urèthre, sans trace de fistule urinaire.

On ne contestera certainement pas, dans le cas que je viens de rapporter, l'indication formelle de la taille. La lithotritie était impossible, non pas tant à cause du volume de la pierre, qu'en raison de l'impossibilité où je me suis trouvé de la saisir. La situation toute spéciale qu'elle occupait rend bien compte des difficultés que j'ai rencontrées.

Les détails que j'ai donnés sur l'opération elle-même, montrent d'autre part que j'ai tout lieu de me féliciter d'avoir eu recours à taille hypogastrique. Il est possible que l'on fût arrivé, à l'aide de la taille périnéale, à déloger le calcul et à l'extraire par fragments, mais peut-on nier que ces longues manœuvres, l'introduction répétée des instruments divers dont j'ai dû me servir, à travers la voie étroite et dangereuse que crée l'opération par le périnée, l'écoulement sanguin abondant, et la contusion inévitable de la prostate qui en seraient résultés, n'auraient pas eu pour le malade les plus fâcheuses conséquences. Au contraire, par la taille haute, la vessie étant d'ailleurs, il ne faut pas l'oublier, maintenue en place, et comme sous la main, par le ballon rectal, les explorations et les tentatives multipliées d'extraction ont pu être poussées, je dirai volontiers jusqu'à l'extrême, sans incident fâcheux pour le présent, et sans compromettre l'avenir.

M. Guyon, dans une des observations qu'il a publiées s'est trouvé en présence de difficultés semblables aussi heureusement surmontées.

Dans une observation de Podrazki, rappelée par M. Broussin, on dût, pour déloger la pierre, faire de petites incisions sur la partie étranglée de la paroi qui l'enserrait.

Il n'est pas besoin d'ajouter que la taille hypogastrique seule permet de pareilles tentatives.

J'en viens à mon second fait.

C'était qulques jours après ma première opération.

J'étais appelé par les internes de Sainte-Périne dans le service de mon ami, le Dr Pozzi, alors absent de Paris, auprès d'un malade âgé de 61 ans, vieux rhumatisant, présentant, depuis un an environ, les signes fonctionnels de la pierre. Le cathétérisme me fait en effet constater facilement l'existence d'un calcul de moyen, volume. Le malade était malheureusment atteint d'un rétrécissement de l'urèthre peu serré, suffisamment étroit cependant pour rendre difficile et douloureuse l'introduction des instruments métalliques.

Je dus, avant de procéder aux séances de lithotritie, soumettre le canal à une dilatation progressive. Celle-ci fut mal supportée, elle était très douloureuse et provoquait de la fièvre. D'autre part, les douleurs occasionnées par le calcul allaient croissant. Je fus en raison de ces circonstances amené à proposer la taille qui fut acceptée avec empressement.

Je fis choix de la taille hypogastrique qui me paraissait exposer le moins les jours du malade.

L'opération entreprise avec le concours des docteurs Malhené

et Broussin qui voulurent bien m'assister, se fit sans aucune difficulté. Replétion de la vessie, ballonnement rectal, incision de la paroi abdominale, puis de la vessie; extraction d'un calcul ovoïde, peu volumineux, pesant 52 grammes, introduction et fixation des deux tubes laveurs; suture de la plaie abdominale à sa partie supérieure, pansement de Lister. Ces divers temps se succédèrent avec rapidité et sans aucun incident fâcheux.

Tout, comme je le disais plus haut, permettait de compter sur le plus heureux succès. Et en effet, les choses semblèrent tout d'abord devoir marcher à souhait. Le premier et le deuxième jour, le malade allait bien, la réaction était modérée, la température ne s'élevait pas au-dessus de 38°. Il paraissait cependant absorbé et sans entrain; le pouls était petit et faible; le désir de manger absolument absent. Cet état s'accentuait le troisième jour et devenait, le quatrième, tout à fait inquiétant. L'apathie était absolue, sans qu'il y eût encore véritablement perte de connaissance; il devenait impossible de faire accepter une gorgée de liquide. La température restait presque normale. Du côté de la plaie, aucun phénomène anormal; mais les tubes plongés dans la vessie ne ramenaient au dehors qu'une très petite quantité d'urine. Il y avait anurie presque absolue.

Les boissons alcooliques, les injections sous-cutanées d'éther ne purent rien pour ranimer ce malheureux, qui d'heure en heure s'affaiblissait d'avantage. Le soir du quatrième jour il perdait complétement connaissance et s'éteignait sans secousse dans la matinée du cinquième.

L'autopsie, sauf un point, fut absolument négative. Les poumons, le cœur, le cerveau, le foie étaient sains. Seuls les reins, surtout le droit, présentaient des lésions, qui au microscope furent reconnues pour celles de la néphrite interstitielle.

Il n'y avait pas de péritonite; on ne constatait qu'une légère vascularisation de la séreuse au voisinage de la plaie. La vessie était déjà intimement unie à la paroi abdominale, il n'y avait pas trace d'infiltration d'urine.

Ce fait ne peut être porté au passif de la taille hypogastrique, en tant que procédé opératoire. Bien, au contraire, mieux que tout autre, il démontre la facilité de l'opération et son innocuité, puisque l'autopsie a donné la preuve qu'elle pouvait se faire sans léser le péritoine, et sans entraîner l'infiltration de l'urine dans les tissus

Le malade a certainement succombé par le fait de sa complication rénale. En d'autres temps et en l'absence d'un examen cadavérique on aurait pu soutenir qu'il était mort du *choc* opératoire. Ce fait est un nouvel exemple des lésions très réelles qui se cachent sous ce mot, dont nous couvrons volontiers notre ignorance. Toute

intervention sérieuse aurait été suivie chez lui d'une issue semblable.

Il aurait assurément mieux valu dans ce cas s'abstenir. Je rappellerai seulement que la lésion du rein n'avait pu être diagnostiquée avant l'opération et que celle-ci paraissait imposée par les cruelles souffrances du malade qui demandait ardemment à en être délivré.

Ma troisième observation peut être rapprochée de la première tant par la gravité et l'imprévu des incidents opératoires que par l'heureuse terminaison qui a suivi.

Le malade, cette fois était un homme jeune encore, 28 ans, mais porteur d'une pierre d'enfance.

La taille fut commandée par la dureté extrême du calcul. Il m'avait été absolument impossible malgré des tentatives multipliées, avec des lithotriteurs puissants, même aidés du marteau, de parvenir à la faire éclater.

Je dus me résoudre à l'extraire d'une pièce, et cette fois encore, encouragé par mes opérations précédentes et par les succès obtenus par mon maître, M. Guyon, je fis choix de la taille hypogastrique.

Vous allez voir que je pensais un instant que j'allais avoir à m'en repentir. J'eus, en effet, au cours de l'opération un accident grave dont je vous dois la narration fidèle. J'en emprunte presque textuellement les termes à l'observation recueillie par mon interne, M. Broca, je ne fais que la résumer [1].

Le malade endormi, une dernière et infructueuse tentative de lithotritie ayant été faite, la sonde métallique fut introduite dans l'urèthre et la verge liée sur elle, à l'ordinaire, avec un tube de caoutchouc. Je commençai alors à injecter dans la vessie la solution tiède d'acide borique à 4 %. L'agitation du malade à ce moment était extrême; la vessie ainsi que les muscles abdominaux se contractaient, le liquide était rejeté au dehors, avec d'autant plus de facilité que les extrémités des seringues s'adaptaient mal au pavillon de la sonde. Le liquide ainsi perdu était en partie recueilli dans un bassin, afin qu'il fut possible d'apprécier approximativement la quantité conservée. Celle-ci évaluée à 250 grammes environ, le globe vésical commençant à faire à l'hypogastre une légère saillie, j'essayai de faire pénétrer le contenu d'une dernière seringue. Le malade était profondément anesthésié, il ne se contractait plus, et c'était sans effort que je faisais progresser le piston, lorsque

[1] L'observation sera publiée *in extenso* dans les *Comptes rendus* de la Société clinique.

subitement toute résistance cessa; en même temps la saillie vésicale disparaissait. La matité persistait cependant à l'hypogastre et je n'eus pas immédiatement la certitude que la vessie était rompue. Il pouvait se faire que cette diminution de résistance fût due à la résolution musculaire complète enfin obtenue.

Je n'en persistai donc pas moins à poursuivre l'opération. Le ballon rectal fut introduit et distendu (500 gr.) et l'incision abdominale pratiquée. Celle-ci fut faite aussi petite et aussi bas que possible. Aussi ne fus-je pas peu surpris de trouver, aussitôt après la section de la ligne blanche, le péritoine occupant toute la hauteur de la plaie, il descendait jusqu'au pubis, dont aucun intervalle appréciable ne le séparait.

La rupture de la vessie n'était pas douteuse ; seule elle pouvait expliquer la présence de la séreuse dans le champ opératoire. Aussi songeai-je un moment à ne pas pousser plus loin une opération qui semblait ne pouvoir aboutir qu'à un désastre. Des avis divers s'élevaient autour de moi, les uns opinaient pour l'abstention complète, les autres proposaient la section périnéale, estimant qu'il était désormais impossible d'atteindre la vessie par la voie que j'avais choisie, d'autres, enfin, pensaient que l'on pourrait tenter de relever le péritoine et que la vessie, reconnue à l'aide de la sonde, servant de conducteur, pourrait être retrouvée et ouverte derrière le pubis. C'est à ce dernier parti que je m'arrêtai. S'abstenir était se résigner à une mort rapide. La seule chance de salut que l'on pût donner au malade était dans la large ouverture de la vessie et dans l'évacuation complète par un drainage bien fait de toute l'urine s'écoulant des uretères.

Le péritoine fut décollé et refoulé avec la plus grande facilité. Pendant cette manœuvre, une certaine quantité de liquide sanguinolent, qui ne pouvait être que celui qui avait été injecté dans la vessie, apparut dans la plaie.

J'arrive ainsi sur la vessie, qui n'était pas entièrement cachée derrière la symphyse. Elle fut aussitôt découverte, puis ponctionnée sur le bec de la sonde. A ce moment une quantité notable de liquide s'échappa de la cavité vésicale ; celle-ci existait donc encore ; la rupture ne devait pas être aussi large que nous l'avions supposé.

L'ouverture est agrandie sur la cannelure du cathéter, qui est aussitôt retiré. Les tenettes concaves sont alors introduites, elles ne trouvent pas le calcul dans le bas-fond ; il faut les retourner, la concavité regardant en haut et en arrière, pour aller saisir la pierre dans une partie de vessie encore assez vaste qui semble remonter derrière le péritoine refoulé. Le calcul était dans un milieu liquide. La prise et l'extraction se firent sans difficulté.

C'était un calcul mamelonné, à surface rugueuse, formé principalement d'oxalate de chaux, d'une extrême dureté. Il mesurait quatre centimètres sur trois.

Le malade fut pansé de la même façon que les deux précédents et reporté à son lit.

Ce ne fut pas sans une certaine surprise, je l'avoue, que, retournant auprès de lui le soir de ce même jour, je le trouvais dans l'état le plus satisfaisant. Aucune réaction ni locale, ni générale. Il n'avait pas de fièvre, ne souffrait pas, ne présentait pas trace de tuméfaction autour de la plaie, ni de tension de ventre.

Ce bien-être persista les jours suivants. Le 10e jour après l'opération, M. Guyon, qui avait repris le service, crut pouvoir supprimer les tubes placés dans la vessie et se contenter d'une sonde à demeure dans l'urèthre. Dès lors, l'urine ne passa presque plus par la plaie et la guérison paraissait prochaine.

Elle fut retardée cependant par une complication de nature mal déterminée d'abord, consistant principalement en accès de fièvre irréguliers qui firent d'abord songer à une fièvre typhoïde. Cet état persistant, il parut devoir être plutôt attribué à une complication rénale. Jamais, du moins, on ne put le mettre sur le compte d'une inflammation locale (péritoine ou petit bassin), dont les signes, soigneusement cherchés, firent toujours absolument défaut.

Sous cette influence, la plaie se rouvrit à diverses reprises. Elle finit cependant par se combler. La fièvre tomba à son tour. Le malade, un moment très épuisé, reprit des forces et de l'embonpoint. Au bout de trois mois, il quittait l'hôpital complètement guéri.

Cette terminaison heureuse en somme, l'absence de toute complication locale à la suite d'un accident opératoire aussi grave permettent de penser que la rupture de la vessie s'était bornée à une simple fissure. Les bords de la solution de continuité avaient dû se mettre rapidement en contact et s'opposer à toute issue nouvelle de liquide. Le drainage exact de la cavité vésicale, les lavages répétés avaient aussi puissamment contribué à prévenir l'infiltration d'urine.

D'autre part, l'ouverture de la vessie avait dû se faire dans sa portion extra-péritonéale, car le cul-de-sac péritonéal que nous avions eu sous les yeux et qui se tendait à chaque mouvement respiratoire était manifestement vide. Il est peu probable, d'ailleurs, que le péritoine eût souffert silencieusement la présence du liquide échappé de la vessie. On comprend au contraire que celui-ci, pénétrant dans le tissu cellulaire du petit bassin, ait pu ne provoquer aucune réaction, si l'on se souvient que l'injection vésicale avait été faite avec une solution antiseptique (acide borique 4 %)

De cet incident opératoire découle cette conclusion pratique, à savoir que certaines vessies supportent mal la distension et qu'il faut absolument, lorsqu'on les soumet à une réplétion forcée, parvenir à se rendre compte de la quantité de liquide injecté. Elle ne doit pas dépasser 350 grammes environ (Guyon). Il ne suffit pas, en effet, comme j'ai cru pouvoir le faire, de s'en rapporter à la sensation de résistance que l'on éprouve à faire progresser le piston de la seringue. Je rappelle que je n'avais pas un seul instant dû faire effort pour pousser le liquide dans la vessie. La rupture de l'organe m'a pris pour ainsi dire par surprise, au point que je n'ai pas voulu tout d'abord y croire.

Cette complicatien, j'ai à peine besoin de le faire remarquer, ne se serait pas produite si j'avais eu recours à la taille périnéale, puisque celle-ci n'exige pas la distension préalable de la vessie. Je ne crois pas cependant que l'on puisse trouver là un argument puissant à invoquer contre la taille hypogastrique. La rupture de la vessie, en pareille circonstance, a été bien rarement observée; elle demeurera un fait exceptionnel si l'on prend les précautions que j'ai indiquées. J'ajoute que mon observation démontre que l'accident n'est pas nécessairement mortel.

Ce fait porte encore avec lui un autre enseignement. Il montre combien il est facile, dans la taille sus-pubienne, d'éviter la blessure du péritoine. Jamais celui-ci ne fut plus exposé que dans l'opération que je viens de rapporter. Il a suffi cependant pour l'écarter du champ opératoire de recourir à la manœuvre sur laquelle a tant insisté M. Guyon : le tissu cellulaire prévisical étant mis à découvert, on refoule de bas en haut avec le doigt, en rasant la vessie, toutes les parties qui recouvrent sa face antérieure, le péritoine est nécessairement entraîné avec elles ; il sera ensuite maintenu par un aide dans l'angle supérieur de la plaie.

Je rappellerai enfin en terminant combien ce temps de l'opération est facilité par la présence du ballon rectal qui soulève la vessie, la tend et la maintient fixe.

En somme, vous reconnaîtrez, je pense, avec moi que la taille hypogastrique demeure une bonne opération, surtout depuis que le ballon rectal et les précautions diverses indiquées par M. Guyon et par M. Perier ont apporté à l'acte opératoire et au traitement consécutif toute la précision et toute la sécurité désirables.

Je n'en veux pour l'instant donner d'autres preuves que les chiffres suivants. Depuis que le procédé de Petersen a été introduit en France, la taille hypogastrique a été pratiquée :

Deux fois par M. Perier; un de ses malades a succombé, mais

l'on trouva à l'autopsie des lésions anciennes de néphrite suppurée.

Une fois par M. Le Dentu[1]; guérison (l'opération avait été faite au thermo-cautère).

Huit fois par M. Guyon, avec 5 guérisons, chez des malades âgés de 60 à 74 ans. Des trois insuccès, un seul put être mis au compte de l'opération elle-même. Les deux autres malades succombèrent avec des complications viscérales.

Je vous rappelle, enfin, qu'il en fut de même dans le seul cas de mort que j'ai eu dans mes trois dernières opérations.

Je livre ces résultats sans autre commentaire à votre savante appréciation.

Discussion.

M. Perier. Je puis ajouter à l'énumération faite par M. Monod, deux nouvelles guérisons que j'ai obtenues l'une chez un homme de 59 ans dont l'état général était des moins satisfaisants, l'autre chez un vieillard de 77 ans qui avait déjà subi la lithotritie, mais dont on ne pouvait plus explorer la vessie sans provoquer de violents accès de fièvre. Chez ces deux malades, dont je me propose de publier ultérieurement les observations, il n'y a eu aucun incident particulier.

M. Verneuil. Je puis ajouter un succès à l'actif de la taille sus-pubienne. Un homme de 60 ans, entré dans mon service pour un calcul volumineux, avait en même temps une néphrite et une telle sensibilité de la vessie, que la moindre tentative de cathétérisme provoquait une congestion rénale avec tout son cortège de symptômes graves. M. Anger, prié par moi de venir l'examiner, fit l'exploration avec la plus grande délicatesse, et le soir même, il survint des frissons, des vomissements, la température monta à 40°.

Cette sensibilité rénale était une contre-indication formelle à la lithotritie; mais il y avait des objections non moins graves à la taille périnéale; c'est que la prostate était grosse, très élevée, et la blessure des grosses prostates expose à des hémorragies considérables, et à des prostatites suppurées aiguës ou chroniques.

Donc, par exclusion, j'étais amené à adopter la taille hypogastrique, il y avait pourtant encore une objection, mais elle n'était que théorique, notre malade avait deux grosses hernies inguinales,

[1] Dr Le Dentu, taille hypogastrique chez un homme de 71 ans. Guérison. *Gaz. médicale de Paris*, 1882, n. 24-26.

et M. Broussin, dans sa thèse, avait considéré les hernies comme devant empêcher le péritoine de s'élever en même temps que le fond de la vessie. L'opération, qui fut très simple, montra que cette crainte n'était pas fondée. Le thermo-cautère ayant pour guide la sonde imaginée par M. Anger, arriva jusqu'à la vessie, sans que nous ayons eu à nous préoccuper du péritoine. La guérison fut un peu retardée, parce que l'idée nous vint de suturer la vessie, et que notre suture ne tint pas.

M. Anger. Au fait que vient de citer M. Verneuil, je puis en ajouter deux autres.

En premier lieu, je signalerai un vieillard de 72 ou 73 ans que j'ai opéré à l'hôpital Tenon. Il avait une pierre tellement dure qu'après trois tentatives infructueuses je dus renoncer à l'espoir de la briser. Je pratiquai la taille sus-pubienne avec succès. L'appareil instrumental que j'employai diffère de celui de M. Monod.

Je ne me suis pas servi du ballon rectal; je pense arriver au même résultat (éviter le péritoine) avec une sonde ouverte à son extrémité, et par laquelle je puis faire pénétrer dans la vessie une tige, qui en se recourbant, vient appliquer la face antérieure de la vessie contre la paroi abdominale, en offrant de ce côté une cannelure qu'il est facile de sentir et sur laquelle on dirige le thermo-cautère; dès que la vessie est ouverte, on peut aisément saisir avec des pinces à pression les deux lèvres de l'ouverture, et maintenir ainsi la vessie pendant le reste de l'opération. Je crois qu'avec cette sonde, que je pourrai présenter à la Société dans une prochaine séance, on ne serait pas exposé à l'accident observé par M. Monod, car son emploi n'exige pas une réplétion exagérée de la vessie.

L'autre malade est un homme de 36 ans que j'ai opéré à l'hôpital Cochin au mois d'août dernier. D'après les symptômes observés, il avait la pierre depuis l'enfance. Mais il n'en souffrait sérieusement que depuis 2 ou 3 ans, il avait une grosse prostate, des urines purulentes, l'exploration de la vessie extrêmement difficile était suivie d'accès fébriles graves, on devait exclure et la lithotidité et la taille périnéale, je fis la taille hypogastrique, comme je l'avais faite dans les deux cas précédents; l'opération fut aussi simple, aussi facile, les suites paraissaient devoir être aussi heureuses, lorsque le troisième jour survint un violent frisson et une péritonite enleva le malade en 48 heures. L'autopsie nous montra que cette péritonite que je ne pouvais m'expliquer, était due à l'ouverture d'un abcès du rein dans la cavité séreuse, et comme il n'y avait absolument rien dans le champ opératoire, soit comme

lésion du péritoine, soit comme infiltration d'urine, on ne saurait mettre la mort au compte de la méthode. Je considère la taille hypogastrique comme une excellente opération; cependant je ne suis disposé à la préférer à la taille périnéale que dans les cas de prostate volumineuse. C'est, en effet, le volume de la prostate qui constitue le danger dans cette dernière variété de taille. C'est à peine si l'on peut faire passer même des fragments de calcul par l'incision faite dans un tissu inextensible, épais, friable, extrêmement vasculaire, et disposé à la suppuration. Ce qui me fait insister sur cette contre-indication de la taille périnéale c'est que chez un de mes opérés, malgré le thermo-cautère, au moment où je pratiquai l'extraction du calcul il survint une hémorragie, dont la répétition entraîna la mort du malade par épuisement. Chez cet homme la prostate était volumineuse. Chez trois autres calculeux, dont la prostate paraissait normale, j'ai fait la taille périnéale avec succès.

M. Tillaux. Je veux dire un mot seulement de la rupture de la vessie. J'ai fait autrefois des expériences sur le cadavre en injectant de l'eau dans la vessie par l'uretère, et laissant l'urèthre tantôt libre tantôt fermé. J'en avais conclu que tant que l'urine pouvait s'écouler par regorgement il n'y avait jamais danger de rupture, mais que celle-ci était imminente quand la rétention était absolue; enfin que la rupture se faisait toujours sur les parois latérales et en dehors du péritoine. Je suis heureux de voir que l'observation de M. Monod vient confirmer le résultat de mes expériences.

M. Le Fort. D'après M. Tillaux, lorsqu'un malade urine par regorgement on aurait le temps d'intervenir; au contraire, dans le cas de rétention complète, il faudrait se hâter d'intervenir pour éviter la rupture de la vessie. Je ne crois pas que ce soit là le danger, je ne connais pas de rupture spontanée de la vessie; il faut l'adjonction d'une violence extérieure, la force de secrétion est insuffisante, elle ne tarde pas à s'épuiser, et c'est l'urémie qui vient constituer le danger réel.

M. Verneuil. Il m'est arrivé au cours d'une lithotritie le même accident qu'à M. Monod. La vessie était peu spacieuse, déjà dans deux séances le malade avait eu beaucoup de peine à conserver l'eau injectée.

A une troisième séance, malgré ma recommandation il n'avait pas retenu ses urines, et je dus lui remplir la vessie.

J'avais déjà injecté doucement 125 grammes d'eau tiède lorsque l'injection devint brusquement facile, je retirai la seringue, l'eau ne revint pas par la sonde, le malade éprouva une douleur vive

dans le bas ventre, j'enlevai la sonde qui ne présentait aucune trace de sang; trois jours après le malade succombait après avoir présenté tous les signes d'une péritonite pelvienne. On peut donc rompre facilement une vessie malade, c'est une notion qu'il est bon d'avoir présente à l'esprit. Malheureusement, je n'étais pas outillé pour faire la taille sus-pubienne séance tenante; et à l'époque où cet accident m'est arrivé, nous ne songions pas encore à ne nous servir que de liquides antiseptiques.

En pareille circonstance, faut-il ouvrir une voie pour l'issue du liquide injecté, et pour l'écoulement facile de l'urine ? Le succès de M. Monod semble indiquer la conduite à tenir.

M. Monod. Je réponds à M. Tillaux que je trouve comme lui mon observation confirmative du résultat de ses expériences.

Je dirai à M. Le Fort en réponse aux questions qu'il m'a incidemment posées, que l'abaissement du péritoine provenait du défaut de distension de la vessie, dont le contenu, pour la plus grande part, était infiltré dans le tissu cellulaire. Je dirai à M. Anger que je ne me sens pas disposé à employer son instrument, l'avantage du ballon me paraissant incontestable. Quant à la rupture de la vessie, c'est un accident rare qu'on pourra éviter en n'injectant jamais plus de 350 grammes d'eau et d'autre part on voit qu'il n'entraîne pas toujours la mort.

Le grand danger de la taille hypogastrique c'est le déchirement et la contusion du tissu cellulaire rétro-pubien qui expose aux phlegmons septiques. Avec le ballonnement du rectum, le traumatisme de cette zone dangereuse est réduit à son minimum.

Quant à la taille périnéale, il est certain que les grosses prostates doivent la faire rejeter; mais y a-t-il vraiment des calculeux dont la prostate soit normale, j'en doute; et je m'explique ainsi pourquoi M. Guyon est en train d'abandonner définitivement la taille périnéale dont il considère les résultats comme désastreux. Et si l'on songe qu'il faut toujours compter sur des incidents plus ou moins prévus, tels qu'adhérence et volume de la pierre, qui sont graves dans la taille périnéale et sans conséquence dans la taille hypogastrique, on devra toujours préférer cette dernière dont l'exécution est si facile.

M. Sée. Je suis d'accord avec M. Monod : oui, on doit préférer la taille sus-pubienne, chez l'adulte; mais je tiens à faire une réserve relativement à l'enfance, où la taille périnéale est très facile et guérit rapidement.

M. Chauvel. Il serait à désirer que M. Monod nous donnât une statistique comparative, car d'après les chiffres qu'il nous a sou-

mis, la mortalité serait de 30 0[0 chez les opérés de taille sus-pubienne, c'est là un chiffre qui me paraît élevé.

M. Monod. Je crois qu'il faut attendre que les observations soient plus nombreuses pour établir une statistique ayant quelque valeur, mais je me propose néanmoins de consulter le travail de M. Chauvel et d'ajouter à sa statistique celles qui auront été publiées depuis.

Communication.

Sur la réduction des luxations irréductibles de la hanche par la méthode sanglante,

Par M. Polaillon.

Messieurs, avant de vous exposer le fait qui sert de base à cette communication, il est logique de vous rappeler les opérations qui ont été tentées avant moi pour obtenir la réduction des luxations coxo-fémorales dans le cas où les moyens ordinaires ont été impuissants à remettre les surfaces articulaires en place. Ces opérations sont en bien petit nombre, puisque je n'ai pu en découvrir que deux, l'une faite par Volkmann, l'autre par Mac-Cormac.

Obs. I.— *Luxation irréductible de la hanche; incision articulaire sans résultat à l'effet d'éloigner l'obstacle à la réduction; résection; guérison* (obs. par H. R. Ranke, in Berlin. Klin. Wochens. n° 25; p. 357; 1877).

Wilhelm Hauck, journalier, âgé de 51 ans, né à Benkendorf, travaillait, le 5 février 1876, dans une fosse, lorsqu'il fut surpris par un éboulement. Après que ses camarades l'eurent déterré, comme il était incapable de travailler, on l'emporta chez lui. Là, il demeura couché pendant quatre semaines environ, puis s'essaya à marcher, soutenu par des béquilles. Il ne fit appeler aucun médecin. Le 30 mars 1876, presque deux mois après l'accident, voyant que son état ne s'améliorait pas, il se fit recevoir dans la clinique de *Volkmann*. Il lui était alors impossible de faire un pas sans béquilles.

On constata les signes d'une luxation périnéale.

Le 2 avril, après avoir endormi fortement le malade, on essaya de réduire. Les tentatives de réduction eurent pour résultat de transformer la luxation périnéale en luxation iliaque ordinaire. Des efforts ultérieurs n'aboutirent qu'à ramener la tête dans sa position vicieuse première ; et ainsi on transforma alternativement sept ou

huit fois la luxation en iliaque et en périnéale. On finit par abandonner la tête en luxation iliaque, d'abord parce que, ainsi placée, elle devenait plus accessible en cas d'opération, puis afin que, en cas de non-réduction, le membre fût plus utilisable que si on l'avait laissé en luxation périnéale ou ovalaire.

Pendant les six semaines qui suivirent, on soumit le membre à l'extension continue dans l'espoir d'obtenir une meilleure position de la tête. On n'obtint aucun résultat. La cuisse demeura dans l'adduction forcée avec flexion légère et invariablement fixée dans une rotation en dedans de 90°. Voyant dès lors que le malade allait être réduit toute sa vie à se servir de béquilles, on se décida à intervenir.

L'opération fut exécutée le 15 mai 1876.

On incise les parties molles suivant une ligne longitudinale passant par le grand trochanter, afin de mettre complètement à nu la tête fémorale appliquée sur l'os iliaque. Pour dégager la tête, on fait partir de l'extrémité supérieure de la première incision une deuxième incision transversale passant par le grand fessier sans intéresser la peau. La tête et le col du fémur deviennent visibles sans qu'on découvre l'obstacle à la réduction. Section successive des muscles insérés au grand trochanter sans résultat. La capsule n'est plus reconnaissable. Tout le pourtour de l'articulation est calleux.

Enfin la tête se trouve isolée à un tel point qu'une adduction un peu forte de la cuisse la fait saillir hors de la plaie. On aperçut alors une couche musculaire épaisse de 1 centimètre environ, tendue au travers de la cavité cotyloïde et soudée de toutes parts au sourcil cotyloïdien.

Il fallut abandonner toute tentative de réduction et en venir aussitôt à la résection de la tête. Après quoi une légère traction du pied permit de replacer le membre inférieur dans sa position normale. Enfin on mit un drain et on sutura la plaie qui fut pansée au Lister 3 0/0. L'opéré fut rapporté à son lit et soumis à l'extension continue avec des poids de 5 kilos d'abord, puis de 7 1/2.

Les suites de l'opération furent simples. Les incisions guérirent par première intention. L'état général resta bon; cependant la température demeura élevée pendant un certain temps et deux fois dépassa 39° dans la soirée.

Le 20 juin, suppression du pansement de Lister. La plaie est pansée dès lors avec une solution de nitrate d'argent. A cette date, l'incision est cicatrisée, sauf dans les points correspondants au drain.

Le 5 juillet, la cicatrisation est complète. Premiers essais de marche à l'aide de l'appareil de Wolf Taylor.

Onze jours plus tard le malade pouvait, étant couché au lit, lever

le membre réséqué. On l'autorisa à se faire transporter chez lui. Le membre inférieur était un peu raccourci, et chez lui le patient continua à être soumis à l'extension continue.

Le 25 août, il marchait à l'aide d'un bâton.

Le 5 février 1877, l'opéré se présente à la clinique. Les résultats acquis à cette époque peuvent être considérés comme définitifs, et l'on peut espérer des modifications ultérieures en mieux : La nutrition du membre opéré est à peine inférieure à celle du côté opposé. Raccourcissement de 4 centimètres environ du côté malade. La pointe du pied est dirigée normalement. Les mouvements passifs de la nouvelle articulation ne sont pas fort étendus. La flexion est possible ; l'abduction jusqu'à 25° ; les mouvements de rotation et d'adduction sont très bornés. Les mouvements actifs paraissent aussi étendus que les passifs. D'ailleurs le malade marche assez facilement et même sans bâton. Il a pu faire récemment une course de trois kilomètres.

OBS. II.— *Cas de luxation ovalaire du fémur, ancienne, irréductible, dans lequel une tentative ayant d'abord été faite pour replacer la tête de l'os dans l'acétabulum, la résection fut pratiquée avec succès;* par Villiam Mac-Cormac (Saint-Thomas's hospital reports, volume IX, p. 101 ; 1878.) Trad. par M. Peltier, interne des hôpitaux.

« Mon patient était un jeune homme de 19 ans, marin.

Le 1er septembre 1876, il éprouva l'accident qui, comme il le croit, se produisit de la façon suivante : Il portait un seau sur le pont mouillé et glissant du navire, quand son pied gauche glissa en avant et en dehors ; il tomba sur son côté gauche, se heurtant la hanche contre le bord du seau. Il se releva immédiatement, et dit qu'il fut capable de marcher deux ou trois heures, au bout desquelles la douleur devint si intense qu'il fut obligé d'aller à sa cabine.

L'accident eu lieu le vendredi, et le lundi suivant il entra à l'hôpital de Port-Louis (île Maurice), où l'on reconnut un luxation de la hanche. Trois tentatives de réduction furent faites de suite sans résultat, une serviette roulée étant appliquée autour du pied et une autre autour de l'aine, pour faire l'extension et la contre-extension. Une tentative fut répétée sous le chloroforme, sans meilleur résultat. Quinze jours plus tard, il fut de nouveau chloroformé, mais la réduction ne fut pas obtenue. Au bout de quinze jours, nouvelle tentative. Rien de plus ne fut fait à cause de la trop grande faiblesse du malade.

Un abcès se forma dans la fesse. Il resta huit mois à l'hôpital et retourna, en mai 1877, en Angleterre.

Il fut traité à London's hospital. Une première tentative de réduction fut faite sans résultat ; puis on essaya de remédier à la position fléchie et inutile du membre par la ténotomie des muscles contractés, suivie d'extension. Aucune amélioration durable ne s'en suivit, et, quand j'observai le malade, je trouvai les signes d'une luxation ovalaire.

On nota une abduction et une rotation en dehors, avec degré excessif de flexion de la jointure nouvelle. Le membre était très atrophié et paraissait raccourci ; mais des mensurations exactes n'étaient guère possibles. L'extrémité du trochanter était à un demi-pouce au-dessous du niveau de la ligne de Nélaton, à 5 pouces de l'épine antérieure et supérieure du côté luxé, et à 6 du côté sain. Le tibia du côté blessé était un demi-pouce plus court que celui du côté opposé. Il paraissait donc y avoir là un raccourcissement du membre entier dû à un obstacle à la croissance.

Le malade peut seulement se tenir debout ou marcher avec une extrême difficulté à l'aide d'une béquille. Dans la position debout, son dos est dans un état de lordose extrême, la cuisse fléchie et avancée, le pied tourné en dehors et reposant sur la pulpe du gros orteil, de sorte que le bassin est très incliné et le corps porté du côté affecté. Le genou est un peu fléchi.

Le patient se plaint de douleurs continues s'aggravant par l'examen de la région. En augmentant l'abduction, la tête de l'os peut être projetée dans le périnée. La position qu'elle occupe ordinairement est la partie interne et inférieure du trou obturateur et la branche ascendante de l'ischion.

La première fois, le malade resta vingt-trois jours dans l'hôpital, pendant lesquels je fis deux tentatives de réduction, d'abord au moyen de manœuvres, puis avec des poulies. Les deux tentatives causèrent beaucoup de douleurs et quelques troubles locaux et généraux. Des vessies de glace furent appliquées sur la hanche. Bientôt après, le malade sortit de l'hôpital sur sa demande, disant qu'il ne voulait pas se soumettre à de nouvelles tentatives.

Au bout d'un mois, il sollicita sa réadmission. Son état était le même ; son membre était inutile pour le travail et fort détérioré ; il pouvait à peine faire quelques pas à cloche-pied ; il avait des douleurs constantes, et demandait une opération qui pût le soulager.

Comme une ténotomie suivie d'un traitement orthopédique avait été tentée sans efficacité, comme il ne pouvait supporter aucun mouvement passif, comme la tête de l'os paraissait enfermée au-dessous du pubis, comme son état général était mauvais et comme les autres moyens paraissaient avoir été épuisés, je considérai qu'une opération était justifiable. Théoriquement le plus désirable était d'inciser sur la tête déplacée, de diviser une partie de la capsule et

les adhérences s'opposant à la réduction, et de remettre la tête dans la cavité cotyloïde.

Je pensai aussi à la division du col du fémur par la méthode sous-cutanée, afin de permettre au trochanter de monter sur le dos de l'ilion. J'abandonnai ce projet à cause de la profondeur du col, de la présence probable des vaisseaux fémoraux et du nerf crural au devant du col, de la nécrose possible de la tête déplacée.

Je me décidai donc à tenter de replacer la tête de l'os dans l'acétabulum au moyen d'une incision suffisamment large, à travers laquelle je pourrais inciser les bandes fibreuses ou la capsule s'opposant à la réduction, avec l'espoir d'obtenir plus tard une jointure mobile.

Dans ce but, je fis, le 5 juin 1878, une incision en Y; une branche était dirigée vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'autre vers l'épine postérieure et supérieure pendant que la tige de l'Y descendait vers le grand trochanter. Les parties molles étant franchement incisées, j'arrivai à la cavité cotyloïde. Je trouvai, au lieu d'une cavité profonde, en forme de calice, une cavité peu profonde, en forme de soucoupe, dans laquelle la tête de l'os, en supposant que j'aie réussi à l'y amener, ne pouvait absolument pas rester. L'acétabulum, comme surface articulaire, était oblitéré. Les adhérences étaient si nombreuses, la tête et le col si profondément situés, qu'il aurait été très difficile de replacer la tête, lors même que l'absence d'acétabulum n'aurait point arrêté cette tentative.

Je divisai alors, avec un ciseau, l'os juste au-dessus du petit trochanter, et, après une dissection quelque peu incommode, j'enlevai la tête, le col et le grand trochanter.

La tête fémorale était aplatie, partiellement absorbée, et son cartilage entièrement enlevé. Sa face postérieure, qui reposait sur la branche de l'ischion, était un peu élargie ; l'os y était plus dense et recouvert d'un fibro-cartilage. Mais la moitié antérieure de la tête, qui était inutile pour un pseudarthrose, était presque entièrement absorbée et la surface aplatie restante était molle et poreuse.

Il devint possible de rendre le membre beaucoup plus droit ; mais quand il fut abaissé et lié à une attelée brisée dans la position horizontale, le dos était encore fortement arqué. Je ne crus pas nécessaire de diviser aucun des tendons des muscles fléchisseurs raccourcis. Une longue attelle fut aussi appliquée du côté sain, et les deux attelles liées ensemble sur la poitrine et aux chevilles, de sorte que le corps pût être tenu droit et la torsion excessive du bassin corrigée.

Il n'y a rien d'intéressant à relater dans les progrès de la guérison ; la plaie très large fût tenue aseptique dans toute son étendue.

Au moyen d'une extension continue, la position du membre fut

graduellement améliorée et devint finalement tout à fait droite sans aucune lordose.

Le 15 juillet, la plaie était superficielle, la lordose disparue et le raccourcissement de deux pouces.

Le 22 juillet, sept semaines après l'opération, le malade se leva pour la première fois; des mouvements passifs furent communiqués avec soin à la hanche et au genou, qui étaient devenus très raides durant l'immobilisation par les attelles; les courants interrompus furent employés chaque jour pour stimuler les muscles, qui étaient très atrophiés.

Le 1er août, il quitta l'hôpital. La plaie était fermée, sauf en un point qui était encore granuleux. Il pouvait se tenir debout, fléchir et étendre la cuisse, et marcher avec l'aide d'une canne.

Après la sortie de l'hôpital, le traitement fut continué. Le 31 octobre, il pouvait marcher très bien avec un peu d'aide. Le 31 novembre, sans aide.

Le membre est droit, la cuisse peut être fléchie à 30° au moins. Le raccourcissement est corrigé par des brodequins à semelles épaisses. Cet homme a maintenant en perspective un membre bon et utile. Les muscles ont beaucoup gagné en grosseur et en force. Il était jadis estropié, tandis que maintenant il sera bientôt capable de gagner sa vie en travaillant, et peut-être, comme le malade historique de Park, sur lequel la résection du genou fut faite pour la première fois, de reprendre son travail de marin.

Le 9 janvier 1879, je vis de nouveau le malade. Il marchait bien. Le raccourcissement mesuré de l'épine antérieure et supérieure à la malléole se réduisait à trois pouces. L'extrémité supérieure du fémur divisé est sur le niveau de l'épine. Le patient, dans le décubitus dorsal, ne présente plus trace de lordose. L'articulation de la hanche peut être fléchie à angle de 45° sans mouvement du bassin. Les mouvements du genou sont parfaits, et le membre a beaucoup gagné en grosseur et en force. »

En réalité, Volkmann et Mac-Cormac n'ont pas atteint le but qu'ils se proposaient, et qui était de réduire une luxation irréductible de la hanche par la destruction des adhérences à ciel ouvert. Mac-Cormac est arrêté par l'effacement de la cavité cotyloïde qui ne pouvait plus recevoir la tête fémorale déformée elle-même. Quant à Volkmann, il rencontre un plan musculaire qui recouvrait la cavité cotyloïde. On ne comprend pas très bien pourquoi cet obstacle lui fait renoncer à son projet de réduire, car il semble qu'il aurait pu inciser ce plan musculaire et l'écarter de manièreà remettre en place la tête du fémur. Quoi qu'il en soit, la réduction n'ayant pu avoir lieu dans l'un et l'autre cas, l'opération s'est ter-

minée par une résection de l'extrémité supérieure de l'os de la cuisse.

Malgré ces insuccès opératoires, il n'en subsiste pas moins que deux chirurgiens très éminents, l'un appartenant à l'Angleterre, l'autre à l'Allemagne, avaient nettement posé l'indication de réduire par la méthode sanglante les luxations coxo-fémorales irréductibles par d'autres moyens. Il nous a paru que, sans se départir de la prudence qui est l'apanage de la chirurgie de notre pays, les chirurgiens français ne devaient pas repousser cette opération dans certaines circonstances déterminées.

Maintenant que nous sommes en possession de la méthode antiseptique, nous pouvons oser ouvrir les articulations sans courir les dangers qui étaient justement redoutés autrefois. Lorsqu'une luxation n'a pu être réduite par aucun procédé, même après les sections sous-cutanées des adhérences, et que le patient doit rester impotent, n'est-il pas indiqué de mettre l'articulation à nu, afin de se renseigner directement sur la nature de l'obstacle, de l'écarter s'il est possible, et, si on ne peut y parvenir, de réséquer immédiatement l'extrémité luxée ? On a pratiqué ces opérations dans les cas de luxation des phalanges, du coude, du pied, même de l'épaule. L'importance et la profondeur de l'articulation coxo-fémorale ne sont pas des raisons suffisantes pour ne pas y avoir recours lorsqu'il s'agit d'une luxation irréductible de la hanche. Volkmann et Mac-Cormac ont guéri leurs deux opérés. Dans le fait que je vais soumettre à votre appréciation, j'ai été moins heureux que mes devanciers, puisque mon malade a succombé quelques jours après l'opération; cependant celle-ci avait pleinement réussi : j'avais pu réduire et maintenir la réduction.

Obs. III. — *Luxation iliaque gauche; quatre tentatives de réduction; transformation de la luxation iliaque en luxation ovalaire; incision articulaire; réduction de la luxation; gangrène gazeuse; mort.*

(Observation recueillie par M. Peltier, interne du service.)

Le nommé Bayard Jean, âgé de 46 ans, journalier, est entré le 1er novembre 1882, salle Broca, n° 20, dans le service de M. Polaillon, à la Pitié.

Cet homme n'a jamais eu de maladie grave; mais sa constitution a toujours été un peu débile, et, depuis plusieurs années, il éprouve des douleurs d'estomac qui paraissent se rattacher à l'alcoolisme. Celui-ci se traduit en outre par du tremblement des mains, des cauchemars et des pituites. Le malade nous a du reste avoué que

sa profession l'obligeait à boire beaucoup, et qu'il se grisait au moins une fois par semaine.

Hier, dans l'après-midi, il a été projeté du siège d'une voiture à une distance de quelques mètres sur la hanche gauche, au niveau de laquelle il a ressenti immédiatement une douleur assez vive. Néanmoins il a pu se relever; mais, comme la marche était très pénible, il s'est fait immédiatement transporter à l'hôpital.

Quand nous le voyons, nous constatons les phénomènes suivants :

La cuisse, légèrement fléchie, est dans l'adduction et la rotation en dedans; le genou du côté malade est porté vers celui du côté sain qu'il croise légèrement. La fesse gauche est saillante et élargie. En l'explorant avec la main, on y trouve une tumeur dure, volumineuse, arrondie, roulant sous les doigts quand on imprime des mouvements au membre inférieur. Le grand trochanter est élevé et porté en arrière de la ligne de Nélaton. La région du pli de l'aine présente un vide facilement appréciable.

Les mouvements actifs sont impossibles ; mais on peut communiquer à la cuisse quelques mouvements dans le sens de la flexion et de l'adduction.

Les mensurations suivantes sont prises en laissant au membre sa position nouvelle : Distance de la tête fémorale à l'épine iliaque antéro-supérieure, 9 centimètres. Le plan horizontal passant par l'épine antéro-supérieure est situé à 4 centimètres au-dessus de la tête fémorale. Le raccourcissement du membre est d'environ 2 centimètres.

En présence de ces signes, l'existence d'une luxation du côté de la fosse iliaque n'est pas douteuse; et, si on s'en rapporte aux mensurations précédentes, la tête fémorale est située à la partie externe de la cavité cotyloïde, au-dessus de l'épine sciatique.

Le 2 novembre, le malade est chloroformisé; l'anesthésie est poussée jusqu'à l'insensibilité complète, avec abolition du réflexe palpébral, sans qu'il soit possible d'obtenir une résolution musculaire absolue.

Cependant M. Polaillon peut faire sans trop de difficulté des tentatives de réduction, par le procédé dit *de dégagement,* procédé de Després, qui consiste à fléchir la cuisse sur le bassin, puis à lui imprimer des mouvements de rotation en dehors, pour le ramener ensuite dans l'extension et l'abduction. Ces manœuvres transforment la luxation d'iliaque en ovalaire. M. Polaillon peut à volonté produire six fois l'une ou l'autre variété de luxation; mais il lui est impossible de faire rentrer la tête dans la cavité cotyloïde.

M. Polaillon, craignant de déterminer à la suite de tentatives trop longtemps prolongées une inflammation suppurative des par-

ties molles péri-articulaires, arrête l'opération et se propose de faire de nouvelles tentatives de réduction au bout de quelques jours de repos.

La luxation est laissée en variété ovalaire, parce que l'attitude du membre paraît moins vicieuse, et le malade est placé dans une gouttière Bonnet.

A la suite de ces tentatives, le malade éprouve des douleurs assez vives dans toute la région, qui est légèrement gonflée et douloureuse à la pression. Cataplasmes laudanisés; chloral.

Au bout de quelques jours, les douleurs ont complètement cessé.

Le 7 novembre, nouvelle chloroformisation; comme la première fois, il est impossible d'obtenir une résolution musculaire complète. M. Polaillon, voyant que les procédés de douceur ont été insuffisants, a recours aux procédés de force, et emploie l'appareil de Jarvis. Cet appareil, dont l'utilité est incontestable pour les luxations du coude et de l'épaule, est d'une application difficile pour les luxations de la hanche; la contre-extension sur l'ischion est imparfaitement obtenue, et la contusion du scrotum et des bourses difficile à éviter. Des tractions portées progressivement à environ 180 kilogrammes, pendant que M. Polaillon imprime à la cuisse des mouvements de flexion, de circumduction et de rotation en dehors et en dedans, n'ont aucun résultat.

M. Polaillon demande alors à M. le D[r] Hennequin, de venir appliquer, dans ce cas, le procédé qu'il a imaginé et qui lui a permis de réduire plusieurs luxations coxo-fémorales difficiles. Ce procédé consiste à suspendre la cuisse et le bassin à l'aide d'un drap enroulé au niveau des condyles du fémur et fixé par son autre extrémité à la traverse supérieure du ciel du lit d'hôpital, traverse qui correspond au pied de ce lit. Le poids du corps fait la contre-tension; l'extension s'exerce sur le genou fléchi. La jambe, que l'opérateur saisit à pleine main sert à faire exécuter au fémur les mouvements de rotation en dedans et en dehors. La cuisse est ainsi transformée en un levier du premier genre; de sorte qu'avec des efforts, même peu considérables, le chirurgien peut vaincre facilement les obstacles qui s'opposent à la réduction.

Le 12 *novembre*, le malade est chloroformisé. M. Hennequin a bien voulu venir exécuter lui-même son procédé de réduction. Malheureusement dans cette séance, plus encore que dans les séances précédentes, la résolution musculaire complète ne peut être obtenue, bien que la chloroformisation soit poussée jusqu'à l'abolition complète du réflexe palpébral. Dès qu'on imprime des mouvements à la cuisse pour réduire la luxation, les muscles se contractent. Cependant le pouls est très faible, la respiration devient mauvaise dès qu'on ajoute une nouvelle quantité de chlo-

roforme sur la compresse. Après trois quarts d'heure d'essais infructueux, M. Polaillon juge qu'il serait très dangereux de pousser plus loin la chloroformisation.

L'alcoolisme du malade est sans doute la cause qui rend son système nerveux réfractaire à l'action ordinaire et complète du chloroforme. Dans le but d'engourdir ce système nerveux on donne au patient, chaque jour et pendant huit jours, une dose de bromure de potassium qui est portée progressivement de 1 à 4 grammes.

Le 20 *novembre*, nouvelle séance de réduction avec l'assistance de M. Hennequin, qui affirmait que l'on pourrait réduire si on obtenait une résolution musculaire complète.

Bayard avait pris avant l'opération une potion contenant 2 grammes de chloral. Puis on le chloroformise par la méthode habituelle, donnant d'abord de faibles doses de chloroforme, puis progressivement des doses plus fortes, en faisant quelques petites intermittences. L'anesthésie est poussée jusqu'à l'insensibilité complète de la cornée. Les manœuvres de réduction par le procédé de M. Hennequin sont faites. Mais les muscles de la cuisse se contractent, et on n'obtient pas la réduction. Le patient a absorbé plus de 80 grammes de chloroforme pendant une séance de trois quarts d'heure sans arriver à la résolution musculaire complète. M. Polaillon pense qu'on ne peut pas pousser l'anesthésie plus loin sans risquer de tuer le malade, que la luxation doit être considérée comme irréductible par les procédés ordinaires, et que les obstacles à la réduction pourraient bien tenir non seulement aux contractions musculaires, mais encore à la disposition de la capsule et peut-être à l'intégrité du ligament de Bertin.

Après cette quatrième tentative, la cuisse devient douloureuse et se gonfle légèrement. Mais ces accidents disparaissent au bout de quelques jours, sous l'influence des applications émollientes et de l'immobilisation du membre dans la gouttière de Bonnet.

Cependant, l'impotence du malade, qui sollicite une guérison complète, l'inutilité des tentatives qui ont été faites pour réduire la luxation par les procédés de douceur ou de force, amènent peu à peu à l'idée d'opérer la réduction par une opération sanglante.

Le membre se présente alors dans l'état suivant : la luxation est ovalaire; la cuisse est dans l'extension, la rotation en dehors et l'abduction. Les mouvements d'adduction sont impossibles et ceux de flexion très limités. Le membre est allongé d'un demi-centimètre environ. Les muscles sont notablement atrophiés. Une petite excoriation faite au-dessus des condyles par l'appareil de Jarvis marche vers la cicatrisation avec une extrême lenteur. Quelques ganglions tuméfiés dans le pli de l'aine. La région de la hanche

présente un peu de gonflement, mais le malade n'y éprouve pas de douleur spontanément ou à la pression.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 16 *décembre,* M. Polaillon, assisté de M. Nicaise, de M. Nepveu et de M. Hennequin, se propose de faire la réduction en mettant à nu la capsule articulaire et en détruisant les adhérences.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses ayant été prises et le malade étant chloroformisé, M. Polaillon incise les téguments dans l'étendue de 10 centimètres environ à partir de l'épine iliaque antérieure et inférieure. L'aponévrose et les muscles sont coupés dans la même étendue, ce qui permet d'arriver directement sur l'articulation coxo-fémorale. Le grand trochanter est fixé contre la cavité cotyloïde, dont le bord supérieur est masqué par une épaisse couche de tissu fibreux. Cette couche s'étend entre le bord supérieur du col du fémur et la partie supérieure du sourcil cotyloïdien. Après avoir fait écarter les parties molles en dedans et en dehors avec deux grands écarteurs, M. Polaillon conduit un bistouri le long de son doigt et sectionne cette couche fibreuse, qui représente certainement la partie antérieure de la capsule articulaire. Il peut alors introduire l'index entre le col du fémur et le sourcil cotyloïdien jusque dans la cavité articulaire qui est libre.

Pendant que M. Polaillon agit directement sur le grand trochanter pour le repousser en dehors, M. Hennequin fait exécuter à la cuisse des mouvements propres à amener la réduction. Mais ces tentatives échouent. Les muscles qui s'insèrent au bord antérieur et à l'extrémité supérieur du grand trachanter semblent être l'obstacle à la réduction. M. Polaillon détruit une partie de ces insertions en rasant l'os avec une rugine tranchante; puis, avec une rugine mousse, il isole autant que possible le col et la tête du fémur des parties voisines.

Saisissant alors la cuisse, il la fléchit fortement sur l'abdomen en même temps qu'il lui fait exécuter un mouvement de rotation en dedans, puis il ramène le membre dans l'extension. Pendant cette manœuvre, la tête du fémur quitte la fosse ovalaire pour aller se loger en arrière de la cavité cotyloïde. Il suffit alors d'exercer une légère traction sur la jambe pour que la tête fémorale descende et tombe naturellement dans la cavité articulaire. La luxation est réduite.

Aucune artère n'a été blessée pendant l'opération, qui a duré trois quarts d'heure.

La plaie est soigneusement lavée avec de l'eau phéniquée pour la débarrasser du sang qu'elle contient et aussi de quelques parcelles osseuses qui ont été rencontrées autour de la tête et du col

déplacés. Suture métallique. Établissement d'un gros drain qui plonge jusque dans la profondeur de la plaie. Pansement de Lister.

Le malade est placé dans une gouttière Bonnet.

Dans l'après-midi, le malade a trois selles diarrhéiques. Un suintement sanguin assez abondant a effrayé l'interne de garde qui a placé le compresseur de J.-L. Petit sur l'artère crurale.

Le soir, le malade est agité. Il ne se plaint pas de souffrir, mais il accuse la gouttière de Bonnet de lui occasionner une gêne insupportable; cependant il était habitué à y séjourner avant son opération. Le ventre est ballonné. Les traits du visage sont tirés et maigris. Le pouls est petit. La température à 38.

Potion de Todd avec extrait de quinquina.

17 *décembre.* — Température : matin 38°,8, soir 39°,6. Sulfate de quinine, dix centigrammes toutes les deux heures. Pulvérisations phéniquées sur le pansement plusieurs fois dans la journée.

18 *décembre.* — Pansement. Des gaz fétides s'échappent par la plaie et se sont infiltrés dans le voisinage, ce que démontre la sonorité de la région. Plusieurs points de suture sont enlevés. Les tissus ont une teinte grisâtre et exhalent une odeur de putréfaction. La plaie est exactement lavée avec de l'eau phéniquée au 20°.

L'état général est mauvais. Langue sèche. Température : matin 38,4, soir 38,8.

19 *décembre.* — Tous les fils de la suture sont enlevés, parce que des gaz fétides continuent à se produire. La plaie, largement mise à nu, est lavée minutieusement avec l'acide phénique.

Même état général. Température : matin 38,8, soir 37,4.

20 *décembre.* — État très mauvais. Température, 38.

Mort à 6 heures du soir.

Autopsie. 36 heures après la mort.

Le cadavre est en pleine putréfaction.

Les *poumons* sont congestionnés à leur base.

Le *cœur* est chargé de graisse, flasque; son tissu est pâle. Quelques petites plaques d'athérome au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte.

Le *foie* est putréfié, augmenté de volume et manifestement graisseux.

Les *reins* ont leur volume normal. Quelques points sont jaunâtres et en dégénérescence graisseuse.

En prolongeant en haut et en bas l'incision opératoire et en menant une autre incision de la partie médiane de la première à l'épine du pubis, on met à découvert la région fémorale profonde, ce qui permet de constater les particularités suivantes :

Tous les tissus sont gangrenés et infiltrés de gaz.

La tête fémorale est dans la cavité cotyloïde et il faut faire effort pour l'en sortir.

A la partie interne de la cavité cotyloïde, au niveau de la fosse ovale, existe une cavité hémisphérique, bien formée, qui logeait la tête du fémur avant la réduction.

Une partie du grand trochanter a été écrasée. Cette lésion reconnaît certainement pour cause la chute sur la hanche qui a produit en même temps la luxation, il y un mois et demi. De nombreuses parcelles osseuses existent autour du col du fémur. Ces petits fragments d'os ont probablement été semés par le grand trochanter pendant la transformation de la luxation iliaque en luxation ovalaire. Le sommet du grand trochanter est même complètement détaché, et ne tient plus au reste de l'os que par quelques lambeaux de tissu fibreux. Mais cette fracture a bien pu être produite ou complétée pendant la dernière opération.

La cavité cotyloïde est saine. Le sourcil cotyloïdien n'est fracturé dans aucun point. Le bourrelet cotyloïdien est intact dans toute son étendue.

La capsule articulaire est complètement déchirée ou sectionnée. Ses lambeaux adhèrent autour du bourrelet cotyloïdien; et, du côté du fémur, on trouve encore des restes de la capsule s'insérant aux parties antérieure, externe et postérieure du col. La partie interne en est seule dépourvue.

Sur la tête du fémur, le cartilage, qui paraît sain, a été décollé probablement par la rugine, dans l'étendue de quelques millimètres. Le ligament rond est rompu.

Messieurs, le fait que je viens de vous communiquer soulève plusieurs questions qu'il est intéressant de discuter. Je les grouperai en trois chefs : 1° Quelle a été la cause de l'irréductibilité de la luxation coxo-fémorale par les procédés ordinaires ; 2° quelle a été la cause de la mort après la réduction à ciel ouvert; 3° quel est le meilleur procédé pour arriver avec le bistouri sur l'articulation luxée et pour réduire.

a. L'irréductibilié de la luxation par les procédés ordinaires n'était pas due seulement aux contractions musculaires. Il a été dit, dans l'observation, que nous n'avons jamais pu obtenir la résolution complète des muscles de la cuisse pendant les chloroformisations, et que ceux-ci se contractaient dès qu'on pratiquait des manœuvres de réduction. Mais ces contractions n'avaient qu'une faible énergie. Si les muscles n'étaient pas complètement inertes, ils étaient considérablement affaiblis. Dès lors, il est difficile d'admettre que leur résistance seule ait apporté un obstacle invincible pendant quatre séances de réduction. La preuve que les contractions

musculaires n'immobilisaient pas la tête du fémur, c'est que j'ai pu transformer à plusieurs reprises la luxation iliaque en luxation ovalaire et réciproquement. Les muscles permettaient donc à la tête fémorale de se mouvoir dans une étendue beaucoup plus grande que celle qui lui aurait été nécessaire pour rentrer dans la cavité cotyloïde.

L'obstacle à la réduction résidait, comme M. Tillaux l'a déjà signalé, dans l'intégrité du ligament de Bertin. Bien que la tête fémorale fût sortie de la cavité articulaire par une déchirure de la partie inférieure de la capsule, le col et le grand trochanter restaient attachés à l'os iliaque par ce robuste ligament qui n'était pas rompu. L'extrémité supérieure du fémur étant retenue à l'épine iliaque antérieure et inférieure comme par une corde inextensible, sa tête pouvait bien se déplacer soit du côté de la fosse iliaque, soit du côté de la fosse ovalaire, en roulant sur le bord inférieur du sourcil cotyloïdien, lorsqu'on essayait la réduction par le procédé de Desprès, mais elle ne pouvait franchir le rebord articulaire et tomber dans la cavité cotyloïde. Ce que j'avance n'est pas une supposition théorique. J'ai vérifié, pendant l'opération, que l'obstacle à la réduction tenait au ligament de Bertin. En effet, après avoir incisé les parties molles jusqu'au niveau de l'articulation, j'ai reconnu que la cavité articulaire était recouverte par un plan fibreux, dur et épais, qui venait s'insérer sur le col et sur le grand trochanter. Ce n'est qu'après avoir coupé transversalement ce plan fibreux, que j'ai pu sentir distinctement le rebord cotyloïdien et introduire mon doigt dans la cavité cotyloïde. Comme après cette section j'ai pu réduire, je suis en droit de conclure que l'irréductibilité de la luxation reconnaissait pour cause l'intégrité de la partie antérieure de la capsule et en particulier du ligament de Bertin.

b. Quelle a été la cause de la mort de mon opéré? — Mes collègues, MM. Nicaise et Nepveu, qui avaient bien voulu m'aider dans l'opération, et que je remercie bien vivement de leur concours, ont pu constater comme moi, que celle-ci avait été laborieuse, mais que sa durée n'avait pas excédé 35 à 40 minutes (en défalquant le temps nécessaire à la chloroformisation) et que le traumatisme chirurgical n'avait pas été considérable. Nous nous étions entourés de toutes les précautions antiseptiques, et rien dans l'acte chirurgical en lui-même n'explique la mort. Mais, si je considère que j'avais affaire à un sujet miné par l'alcoolisme et dont les viscères présentaient des altérations graisseuses plus ou moins avancées, je me rends compte du développement rapide de la gangrène. Les accidents, que j'ai observés, se rapprochent beaucoup de la *gangrène gazeuse foudroyante*, qui apparaît surtout chez les alcooliques et qui a fait le sujet d'un récent mémoire ré-

compensé par la Société de chirurgie. L'affection diathésique qui, sous l'influence du traumatisme opératoire, a été capable de produire cette gangrène gazeuse foudroyante est, à mon avis, la véritable cause de la mort.

c. Pour arriver sur la luxation, Volkmann s'est servi d'une incision longitudinale qui partait de la crête iliaque et passait par le grand trochanter, Mac-Cormac d'une incision en Y qui intéressait une grande étendue de la région. Je pense que ces deux incisions sont défectueuses, parce qu'elles produisent un grand délabrement et qu'elles ne conduisent pas assez directement sur les adhérences à détruire. Je leur préfère une incision qui, partant de l'épine iliaque antérieure et inférieure, descend selon l'axe de la cuisse dans une étendue de 10 à 12 centimètres. Lorsque la peau et les muscles ont été sectionnés dans cette étendue, on tombe directement sur l'articulation. Il est alors facile de sentir et de voir le col du fémur, le grand trochanter, la cavité cotyloïde et les obstacles qui s'opposent à la réduction. C'est ce procédé que je conseille dans le cas où l'on aurait à réduire une luxation de la hanche par la méthode de l'incision.

Discussion.

M. Tillaux. En 1868, j'ai présenté à la Société des pièces anatomiques qui m'ont paru démontrer que la luxation iliaque et la luxation ischiatique n'étaient pas des degrés différents d'une même luxation, contrairement à ce qu'avait pensé Malgaigne. Ce sont bien deux luxations distinctes.

Dans les tentatives de réduction, on ne transforme pas les luxations iliaques ; la tête vient rejoindre la cavité cotyloïde. Lorsqu'il s'agit, au contraire, d'une luxation ischiatique, la transformation en luxation ovalaire et réciproquement est la règle quand on a recours aux procédés de flexion et de rotation, la tête suit le sourcil cotyloïdien.

Récemment encore, chez un malade de mon service, j'ai pu prévoir ce phénomène et l'annoncer à mes élèves. Mais j'ai toujours, dans des cas de ce genre, fini par réduire, et je ne comprends pas que la réduction soit impossible. Seulement pour l'obtenir, il faut changer la manœuvre et faire l'extension et la rotation. L'extension suffit pour dégager la tête du sourcil cotyloïdien, et la rotation fait le reste en remettant la tête à sa place.

C'est ainsi que M. Polaillon a dû faire pour réduire la tête fémorale, après qu'il l'eut mise à découvert.

M. Anger. A l'occasion de la communication de M. Polaillon, je

puis citer un fait que je crois intéressant. En juillet dernier, j'ai eu occasion de voir en province un paysan chétif qui s'était luxé la hanche en tombant de voiture. Il y avait déjà sept semaines; les tentatives du rebouteur de la localité avaient été infructueuses.

Je fixai solidement cet homme sur un banc de bois après l'y avoir placé en décubitus dorsal, puis j'attachai les lacs extenseurs et la bande de caoutchouc à une solive du plafond. Le fémur fléchi se trouvait tiré en haut; le poids du corps et celui du banc faisaient la contre-extension. J'administrai le chloroforme. Au bout de sept à huit minutes, je fis des mouvements de rotation qui provoquèrent des craquements.

A un moment où je cessais d'agir, un craquement plus fort se fit sentir et la réduction fut spontanée et complète. Il ne restait plus de déformation, et les deux membres avaient la même longueur.

Cependant, j'ai appris récemment que cet homme boîte encore un peu.

M. Sée. J'ai trouvé le plus souvent la réduction facile. Une fois, chez un vieillard de Bicêtre, j'eus affaire une luxation à transformations. Je compris que le mécanisme résidait alors dans l'intégrité du ligament de Bertin, dont l'insertion servait de pivot aux mouvements de la tête fémorale. Je relâchai le ligament en tirant sur le membre porté en adduction et en extension et je réduisis facilement.

M. Polaillon. Je connais très bien les faits de M. Tillaux relativement à la transformation d'une luxation ischiatique en luxation ovalaire et l'explication qu'il en a donnée. Dans ces cas, lorsque la tête passe en arrière de la cavité cotyloïde, la luxation n'est à proprement parler ni ischiatique ni iliaque. J'ai dit dans mon observation qu'elle était iliaque, parce que la tête m'avait semblé remontée en haut dans ce cas particulier; mais j'ai expliqué qu'elle était en arrière du sourcil cotyloïdien et non dans la fosse iliaque.

Je répondrai à la fois à MM. Tillaux, Anger et Sée, que j'ai épuisé pendant quatre séances différentes, et sous le chloroforme, toutes les manœuvres de réduction; que dans la deuxième séance, j'ai fait l'extension avec l'appareil de Jarvis d'une manière très énergique, et que, pendant cette extension, je faisais exécuter à la cuisse les mouvements de flexion et de rotation qui me paraissaient les plus aptes à produire la réduction. En outre, le Dr Hennequin, dont vous connaissez tous la compétence dans la réduction des déplacements des systèmes osseux et articulaire, a bien voulu m'aider pendant deux longues séances. Nous n'avons rien obtenu. J'étais donc autorisé à considérer la luxation comme irréductible, soit en raison de l'impossibilité d'obtenir l'abolition complète des contractions musculaires pendant la chloroformisation, soit surtout en raison

d'une disposition particulière et de l'intégrité du ligament de Bertin. L'irréductibilité était irrémédiable, comme dans les cas de Volkmann et de Mac-Cormac, et je n'avais d'autre alternative que d'abandonner le malade à son sort ou d'intervenir par la destruction des adhérences à ciel ouvert. J'ai pu atteindre ce but et réduire, malheureusement le malade a succombé à une cause que je crois indépendante à l'opération.

Quant à la cause de l'irréductibilité, je l'ai démontrée en sectionnant directement la partie antérieure de la capsule et le ligament de Bertin qui faisaient obstacle à la réduction.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 7 février 1883

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires et les revues de Paris et de la province.

2° *British Medical.*

3° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

4° *Une lettre de remerciements de M. le professeur Sands, de New-York, nommé membre correspondant étranger de la Société de chirurgie,*

5° *Une lettre de remerciements de M. Trifaud, aide-major, pour le prix que la Société lui a décerné pour son travail sur la « gangrène gazeuse foudroyante. »*

6° *M. le professeur Verneuil dépose sur le bureau une observation, recueillie par M. Redard, chef de clinique, d'amputation de la jambe chez un tuberculeux albuminurique, atteint de suppuration. Courbe de la quantité d'albumine avant et après l'opération. Rapporteur : M. Verneuil.*

7° *Observation de taille hypogastrique par le Dr Schwartz.* (*Rapporteur : M. Monod.*)

8° *M. Verneuil offre, de la part de M. Faucon, de Lille, une brochure intitulée :* Traitement des plaies artérielles du membre thoracique par les ligatures de catgut phéniqué.

M. le président annonce que le bureau a décidé de déclarer la vacance d'une place de membre titulaire.

Rapport

Sur deux observations adressées par le Dr MOUCHET, de Sens, Commission : MM. Perier, Delens et Polaillon.

Par M. Polaillon.

1re *observation. — Élongation du nerf dentaire inférieur.*

Messieurs,

Je crois devoir rapprocher des faits d'élongation de nerfs qui ont occupé récemment la Société, un nouveau fait d'élongation du nerf dentaire inférieur, pour une névralgie rebelle, exécutée par M. le docteur Mouchet, de Sens.

Notre confrère a pratiqué son opération par le procédé de la trépanation de la branche montante du maxillaire inférieur. Le manuel opératoire et la découverte du nerf dentaire ont été faciles. Bien que les douleurs occupassent tout le nerf trijumeau droit avec contraction des muscles de ce côté de la face, l'élongation du seul nerf dentaire, qui paraissait le plus affecté, a été suivie immédiatement de la cessation des crises. Cependant la sensibilité tactile de la face n'avait pas disparu. Comme on l'observe souvent, les crises douloureuses sont revenues quelque temps après, mais elles étaient faibles, ne s'accompagnaient plus de contractions musculaires, et la morphine, qui était à peu près sans effet avant l'élongation, les calma rapidement.

L'opération du Dr Mouchet peut être classée parmi les opérations d'élongation les plus heureuses, car la névralgie a disparu non seulement dans le nerf élongé, mais encore dans toutes les branches du trijumeau. Je suis porté à croire que la guérison se maintiendra, mais, d'après l'observation, la malade n'a été suivie que quatre mois, et c'est souvent au delà de ce terme qu'on a vu survenir des récidives après l'élongation.

Sans rentrer ici dans la discussion du meilleur procédé pour l'élongation ou la section du nerf dentaire inférieur, je dois mentionner que l'observation de M. Mouchet contient un document important relatif à la durée de la gêne de la mastication après le procédé de Warren. Au bout de quatre mois, la gêne de la mastication durait encore, mais elle allait en diminuant, et tout faisait présager qu'elle disparaîtrait bientôt. C'est donc là un inconvénient du procédé de Warren, mais je considère que cet inconvénient est léger et qu'il ne doit pas faire abandonner ce procédé.

En raison de l'intérêt que présente cette observation, je propose à la Société d'en adopter l'insertion dans les bulletins.

Cette conclusion, mise aux voix, est adoptée.

OBSERVATION.

Élongation du nerf dentaire inférieur droit pour une névralgie rebelle du trijumeau avec tic douloureux de la face. — Guérison.

Par M. le Dr Mouchet.

Mme S..., âgée de 38 ans, d'une bonne santé habituelle, d'un tempérament nerveux, habite Sens depuis un an environ.

Il y a douze ans, elle a été atteinte pour la première fois de douleurs dans la face du côté droit, douleurs qu'elle attribue au séjour dans une maison froide et humide. Peu intense d'abord, la névralgie ne tarda pas à augmenter. Toujours circonscrite au côté droit et dans les différentes branches du trijumeau, elle fut traitée de différentes manières sans aucun résultat.

Dans ces dernières années, les douleurs prirent une telle intensité qu'il fut nécessaire de recourir pendant plusieurs mois aux injections de morphine à des doses progressivement croissantes. Tout fût alors essayé, sulfate de quinine, bromure de potassium, chloral, aconitine, révulsifs, etc.

C'est dans ces conditions que je suis appelé à donner des soins à Mme S..., vers la fin de l'année dernière.

La névralgie revient par période : il est rare qu'un mois se passe sans crise douloureuse; il n'y a cependant aucun rapport entre l'apparition des règles et le retour des douleurs.

La période douloureuse dure un temps variable de trois à cinq ou six semaines, quelquefois trois mois.

La névralgie se manifeste sous forme de crises revenant toutes les deux à trois minutes et de une à deux minutes de durée. Les nuits se passent sans sommeil : la malade ne peut prendre aucun aliment. Les douleurs se produisent spontanément, mais souvent

elles sont provoquées par un mouvement, un effort pour avaler, un bruit quelconque, une personne qui parle près d'elle, une impression trop vive de la lumière.

Les douleurs occupent le trajet du nerf dentaire inférieur et s'étendent à tout le trijumeau ; la partie droite du crâne, du nez, de la langue, est le siège de crises extrêmement pénibles. L'accès paraît débuter par une sensation très douloureuse à l'expansion du dentaire vers le trou mentonnier ; de là, la douleur se propage dans tout le nerf, principalement vers sa partie supérieure. C'est à ce moment que se produit la contracture du buccinato-labial, caractérisée par la déviation de la commissure en dehors et en arrière.

Je ne constate aucun trouble de la vue. La peau est le siège, dans l'état de névralgie, d'une très grande hypéresthésie.

En dehors des crises, il n'y a pas d'anesthésie cutanée.

A la mâchoire inférieure du côté droit, il ne reste plus que trois dents qui paraissent saines ; la malade s'est fait arracher les autres, espérant que leur extraction pourrait la soulager.

L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion au cou, à la face ou au crâne.

La pression sur les apophyses épineuses cervicales ne produit aucune douleur.

La malade, qui est intelligente, nous traduit très exactement ce qu'elle éprouve : elle est, dit-elle, décidée à tout pour ne plus souffrir : elle nous assure même que lorsqu'elle est en proie à ses cruelles douleurs, elle attenterait à ses jours, si elle n'avait l'espoir qu'une opération pût la soulager.

Avant son arrivée à Sens, on lui avait parlé de résection des nerfs douloureux sans trop l'engager à l'opération. Aujourd'hui, elle la réclame avec instance. L'élongation du nerf dentaire inférieur est donc décidée et exécutée le 24 février de la manière suivante :

La malade anesthésiée, je pratique deux incisions : l'une sur la branche montante du maxillaire, à un centimètre du bord postérieur de l'os, l'autre sur la branche horizontale. Les deux incisions se réunissent par leur extrémité, de façon à former un angle ouvert en avant.

Les tissus sont divisés jusqu'au périoste, le masséter coupé vers ses insertions au maxillaire est relevé en haut et en avant.

La parotide accessoire très petite est écartée, ainsi que les filets du facial : j'arrive ainsi sur la branche du maxillaire que je dénude de son périoste dans une certaine étendue, et à deux centimètres au-dessous de l'échancrure sigmoïde, à égale distance du bord

postérieur et du bord antérieur, j'applique une couronne de trépan de dix millimètres.

Par suite de la grande dureté de l'os, les dents s'émoussent et je n'enlève qu'une rondelle incomplète du côté de la table interne. Néanmoins, après avoir retiré avec soin les petits fragments osseux et écarté le tissu cellulaire, je découvre avec un crochet mousse le nerf dentaire que je reconnais à sa forme arrondie et à sa coloration blanchâtre : il est situé au milieu de la perte de substance osseuse. Je l'attire au dehors et l'élonge doucement à environ un centimètre de distance de la face externe de l'os. Je sens en l'étirant qu'il s'amincit et qu'il se romprait en insistant davantage.

A ce moment la malade pousse un cri et semble souffrir. Le nerf, abandonné à lui-même, ne se retire pas immédiatement, je suis obligé de le refouler en arrière du trou osseux avant de procéder au lavage de la plaie et au pansement.

Espérant que l'élongation suffirait à amener sinon la guérison, au moins un très grand soulagement, je ne passe pas un fil de catgut derrière le nerf pour en pratiquer ultérieurement la résectton, comme l'a fait M. Polaillon, dans son intéressante observation.

La plaie est réunie par six fils de soie phéniquée, et au point de jonction des deux incisions un tube à drainage est introduit à deux centimètres de profondeur, pansement de Lister.

Le soir, gêne de la déglutition, 90 pulsations, fourmillements dans le menton et la joue, pas de crises névralgiques.

25. — Nuit agitée ; difficulté pour avaler ; pouls, 100 ; température 38 1/4 ; deux fils sont enlevés ; léger gonflement de la région.

Le soir. — Pouls, 120 ; température, 39,6 ; pas de paralysie de la face ; anesthésie légère au niveau du trou mentonnier.

26. — Les quatre autres fils sont enlevés ; suintement séro-sanguinolent par le drain ; pouls, 110 ; température, 38,5. Le soir, il existe moins de gêne dans la déglutition ; injection de morphine d'un centigramme pour amener un peu de sommeil ; pas de crises dans les points où siégeait la névralgie ; sensation de fourmillement dans le menton et la lèvre.

27. — Nuit calme ; sommeil ; moins de gonflement ; la malade avale plus facilement ; plaie réunie, sauf à l'endroit du drain ; sérosité louche ; pas de pus ; pouls, 104 ; température, 37,8 ; soulagement très marqué ; grande amélioration ; pas de crises.

28. — Même état,

1er mai. — L'amélioration continue, mais il existe toujours de la difficulté pour ouvrir la bouche et avaler ; plus de fièvre.

2. — Gonflement de la joue assez prononcé ; suppuration par le tube, qui est enlevé ; je supprime la gaze phénique, qui semble irriter la plaie ; cataplasme de fécule ; pas de fièvre ; pas de crises ; la malade s'alimente un peu, mais avec difficulté ; elle se lève néanmoins.

4. — Même état satisfaisant.

Purgation le 5 ; constipation opiniâtre sous l'influence des calmants pris avant l'opération.

6. — La petite plaie a très bon aspect ; appétit ; peu de migraine, mais la malade accuse un petit chatouillement dans le trajet du naso-labial.

Les jours suivants, la plaie est cicatrisée ; plus de gonflement, mais toujours gêne dans la mastication.

La malade, cependant, se nourrit mieux et est moins faible : elle ressent dans les dents quelques crises peu douloureuses, mais qui se sont reproduites à cinq ou six reprises.

Le 15. — La plaie est complètement guérie, sauf un petit bourgeon charnu qui est touché avec le crayon ; les élancements persistent dans la canine inférieure.

Le 20. — La malade me fait demander pour lui extraire la dent douloureuse qu'elle soupçonne atteinte de carie. Il y a peu de soulagement par l'extraction de la canine et de la petite molaire, toutes deux cariées. La malade ne ressent aucune douleur dans toutes les autres branches du trijumeau.

Les jours suivants les souffrances sont moindres, mais elles augmentent toujours dans le même point. Vers le 25, Mme S... n'a pas dormi et me prie de lui faire une injection de morphine ; le soir, dix milligrammes sont injectés et procurent un sommeil profond jusqu'au lendemain soir, alors qu'autrefois des doses beaucoup plus fortes calmaient à peine la malade.

27. — Je revois Mme S..., qui me dit avoir un violent frisson suivi de fièvre, je constate aussitôt qu'elle est atteinte d'un érysipèle de la face qui a débuté à droite, vers le nez, et qui atteint déjà le côté opposé. Pouls, 96. Température, 38,7. La malade a pris l'avant-veille l'air à la fenêtre par une température un peu froide.

La douleur est à peu près nulle au niveau des dents enlevées.

Les jours suivants, l'érysipèle suit son cours et le 31 il est en complète délitescence. La fièvre est nulle, et il ne reste plus de la névralgie qu'un léger chatouillement dans la gencive.

Dans le courant du mois suivant, à la suite d'un nouveau refroidissement en voyage, un point douloureux est revenu vers la dernière petite molaire, qui est très mobile. La malade en demande

l'extraction. Bien qu'il n'existe aucune carie appréciable, je l'enlève ; la douleur diminue, mais ne cède complètement qu'après trois injections de morphine en trois jours et à la dose de un centigramme seulement.

Aujourd'hui, deux mois après l'ablation de la dernière dent, les douleurs ont disparu, la malade a bon appétit, et reprend peu à peu l'embonpoint qu'elle avait autrefois ; elle est très heureuse de ne plus souffrir et se considère comme guérie.

La cicatrice est peu visible, elle n'a qu'une longueur de trois à quatre centimètres au plus et est légèrement déprimée par le centre.

Il est bon de noter toutefois que la mâchoire inférieure n'a pas encore recouvré l'étendue de ses mouvements et que la mastication est toujours incomplète.

Cependant, comme cette gêne va toujours en diminuant, tout fait espérer qu'avec le temps elle disparaîtra complètement.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Expulsion spontanée d'un volumineux calcul de la vessie à travers la paroi uréthro-vaginale,

Par le Dr MOUCHET.

Une femme L..., âgée de 72 ans, demeurant dans les environs, souffrait depuis quelque temps dans les reins et le bas-ventre. Elle éprouvait aussi des difficultés pour uriner et surtout de la douleur après l'émission des dernières gouttes d'urine. Cet état de choses persista plusieurs mois ; puis les douleurs devinrent très vives et la difficulté de plus en plus grande pour uriner.

L'urine s'échappait goutte à goutte à la suite d'efforts considérables ; nous ne pouvons savoir si l'urine était trouble et laissait un dépôt au fond du vase. Mme L... nous affirma seulement qu'il n'y avait pas de sang.

A cette époque, un médecin est consulté ; il pratique le toucher, constate la présence d'un corps dur au niveau du col de la vessie, diagnostique une lésion incurable de l'organe et déclare aux enfants qu'il n'y a rien à faire et que leur mère succombera à bref délai. Cependant, les souffrances vont toujours en augmentant ; la malade perd l'appétit et le sommeil, — chaque soir elle a une crise d'une heure environ pendant laquelle elle urine péniblement, — après l'émission, les douleurs diminuent pour reprendre lorsqu'un nouveau besoin se fait sentir, Enfin, le 15 juillet 1879, la malade souffre plus qu'à l'ordinaire ; elle n'urine que quelques gouttes

d'un liquide sanguinolent; elle éprouve au-dessous du pubis une douleur violente, intolérable, comme si quelque chose allait, dit-elle, lui sortir du corps; elle porte, en cherchant à se soulager, un doigt à la vulve, et sent un corps qui se présente et s'écrie qu'un os lui traverse les chairs.

La souffrance est à son comble; la pauvre femme s'agite, se tord sur son lit; ses enfants, résignés à la voir mourir, attendent le dernier moment, lorsqu'elle se lève subitement, pousse un cri déchirant, et entend quelque chose qui tombe à terre.

Aussitôt les souffrances cessent et les urines coulent en abondance; à partir de ce jour, la santé revient; la femme ne souffre plus, mais elle remarque qu'elle ne peut retenir les urines.

Quelques jours après cet événement, j'eus l'occasion de voir Mme L... qui m'a donné tous les détails qui précèdent et m'a remis la pierre, que j'ai l'honneur de présenter à la Société.

J'ai pu également examiner avec soin la malade et constater ce qui suit :

La vulve a une colororation violacée, en l'écartant on voit à 2 centimètres de profondeur, une solution de continuité irrégulière à grand diamètre transversal de 2 centimètres environ; d'avant en arrière l'ouverture n'a pas 1 centimètre. Par le méat, j'introduis une sonde que je fais sortir par la fistule et la même sonde introduite par la fistule pénètre dans la vessie.

C'est donc à travers la paroi uréthro-vaginale que le calcul s'est frayé un passage après avoir ulcéré les tissus.

La pierre a une forme particulière, c'est un ovoïde surmonté à l'une de ses extrémités d'un saillie conique, à la base de laquelle se trouve une espèce de rigole qui se prolonge vers la face opposée du calcul. Sa couleur est d'un blanc grisâtre; sa surface, lisse au sommet et sur les côtés, est rugueuse à la base.

Il pèse 140 grammes; le grand diamètre a 7 centimètres; le diamètre transversal 5 1/2 — la hauteur 9.

D'après l'analyse chimique qui a été faite, le phosphate de chaux et le phosphate amoniaco-magnésien entrent à peu près exclusivement dans sa composition.

La deuxième observation du Dr Mouchet est intéressante par l'étrangeté de ses détails et par sa rareté assez grande. Notre confrère n'a pas eu à traiter cette maladie. Il n'a eu qu'à constater la marche qu'elle avait suivie. Cependant, nous avons un désidératum à exprimer, c'est que M. Mouchet ne nous ait pas renseigné sur ce qu'est devenue la perforation urèthro-vaginale. Nous nous demandons si cette perforation a persisté ou si elle s'est oblitérée spontanément.

Discussion.

M. Verneuil. Je pense qu'avant de publier cette observation. il faudrait demander à M. Mouchet ce qu'est devenue sa malade. J'ai observé, depuis assez peu de temps, deux cas de fistules urinaires chez la femme, occasionnées par un calcul. La première malade avait été opérée par moi, il y a plus de dix ans, à Lariboisière, pour une fistule vésico-vaginale, elle était partie guérie et je n'en avais plus entendu parler, lorsque, 6 ou 7 ans après, elle fut reprise d'incontinence de l'urine. Elle revint à Paris se soumettre à mon examen. Je fus surpris de trouver sur la paroi vaginale antérieure une saillie dure, puis une fistule uréthrale, l'exploration au stylet et à la sonde me firent reconnaître facilement l'existence d'un calcul: je me proposais de faire une taille uréthrale que j'aurais fait suivre immédiatement de la suture. Mais avant que j'aie pu mettre mon projet à exécution, le calcul fut expulsé spontanément, il avait la forme et le volume d'une olive. Je m'attendais à voir guérir la perforation, mais elle resta fistuleuse, je tentai une suture qui échoua; et fait unique, une sonde de Sims très légère, elle était en aluminium, suffit pour sectionner l'urèthre, en l'ulcérant. Je fis un assez grand nombre de tentatives; une fois seulement je réussis à reconstituer l'urèthre aux dépens du vagin, mais un nouveau calcul rétablit la fistule qui devint incurable.

L'an dernier on m'adressa de Soissons une femme qui depuis longtemps était traitée pour une maladie inflammatoire des voies génitales. En dernier lieu, un médecin avait reconnu qu'il s'agissait d'une fistule vésico-vaginale créée par un calcul. En effet, je sentis facilement le calcul, la paroi vésico-vaginale s'était perforée au contact d'une des aspérités de la pierre qui faisait saillie dans le vagin. Une incision me permit d'extraire un calcul du volume d'un œuf de poule; la suture fut tentée de suite, mais la vessie, revenue sur elle-même, avait une capacité égale au volume de la pierre, elle était irritée, suppurante, l'échec fut complet. Je ne pus arriver à agrandir la vessie, sa faible capacité ne permettait pas d'y maintenir une sonde à demeure. Une deuxième tentative de suture eut l'insuccès de la première.

J'ai une certaine expérience de la thérapeutique des fistules vésico-vaginales, puisque j'en opéré plus de cent trente, et je me crois autorisé à dire que les cinq insuccès que j'ai eus chez ces deux malades tiennent à la nature de leurs fistules.

M. Berger. J'ai observé une perforation analogue produite dans

d'autres conditions. Un calcul s'était développé autour d'une longue épingle. Broca fit une taille uréthrale avec un lithotome double et retira le calcul, mais, dans la manœuvre d'extraction, l'extrémité de l'épingle perfora la vessie. Plusieurs années après, la malade vint à la Charité où j'eus à la traiter. Elle avait une incontinence d'urine que je croyais pouvoir expliquer par l'insuffisance de l'urèthre consécutive à l'action du lithotome; car à la moindre secousse, au moindre effort, la muqueuse faisait saillie et l'urine était projetée par l'ouverture du canal. Cependant en obturant cette ouverture, l'urine n'en continuait pas moins à sortir, je découvris alors une fistule vésico-vaginale à la partie supérieure, ses dimensions étaient celles d'une lentille, elle avait pour origine la perforation accidentelle du corps étranger.

La guérison fut obtenue après une seule opération, ce qui peut s'expliquer par ce fait qu'il n'y avait pas eu ulcération. L'incontinence par l'urèthre persista mais en diminuant notablement, grâce à l'application d'un pessaire Gariel à l'entrée du vagin.

M. Polaillon. M. Mouchet n'a pas suivi la malade, femme fort âgée, on se renseignera auprès de lui pour savoir s'il en peut donner des nouvelles.

Les conclusions du rapport de M. Polaillon tendant à la publication de cette observation dans les bulletins sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

Observation de myxome kystique du testicule droit,

Par le Dr Richon, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. Chauvel.

L'intérêt de l'observation envoyée à la Société par notre confrère de l'hôpital de Belfort, est surtout dans l'origine traumatique de l'affection et dans les suites favorables, jusqu'ici, de l'enlèvement du testicule affecté. L'action du traumatisme peut difficilement être mise en doute, puisque le sujet, âgé de 22 ans, ne présentait à son entrée dans l'armée, quelques mois avant, aucune lésion des glandes séminales et que la maladie kystique a succédé à une contusion violente suivie d'infiltration sanguine des bourses et d'un gonflement immédiat du testicule droit. Cette influence des violences extérieures sur le développement des néo-

plasmes, semble actuellement admise par presque tous les chirurgiens ; elle est démontrée par des faits chaque jour plus nombreux.

Nous passons sous silence l'histoire du malade. Elle n'offre rien de spécial. La tumeur testiculaire, grossissant continuellement, devient gênante par son poids. Trois injections interstitielles de 7 à 8 gouttes de teinture d'iode, faites à 5 ou 6 jours d'intervalle, n'ont d'autre résultat que de hâter son accroissement et de la rendre douloureuse. Aussi, lorsque le Dr Richon voit le patient six mois après son accident, les conditions locales sont devenues telles, qu'une intervention lui paraît indispensable. Les ganglions inguinaux et lombaires sont encore intacts. La santé générale excellente; il n'y a pas de syphilis. Deux ponctions exploratrices en donnant issue dans un point à un peu de sérosité citrine, dans l'autre à un liquide épais, de couleur chocolat, viennent confirmer le diagnostic de tumeur mixte, kystique, que les signes physiques, pesanteur, formes, consistance de la grosseur, rendaient déjà fort probable.

La castration est pratiquée le 16 juin ; ses suites sont des plus simples, et l'opéré sort de l'hôpital, le 28 juillet 1880, complétement guéri. Cet état, nous l'avons dit, persistait en octobre 1882, c'est-à-dire deux ans et quatre mois après l'ablation de la tumeur. Notre confrère s'étend longuement sur la description microscopique du néoplasme, exclusivement limité au testicule et à l'épididyme. Les enveloppes extérieures sont intactes, et l'épididyme lui-même est plutôt comprimé, atrophié par compression, qu'il ne participe à la dégénérescence.

Une section de la tumeur montre qu'il s'agit bien d'un néoplasie à kystes multiples, les uns à contenu perlé, d'autres à liquide épais, filant, de couleur ambrée; les plus gros enfin renfermant une matière brune chocolat. Un des kystes présente à sa surface interne des végétations de consistance cartilagineuse, et quelques points cartilagineux sont disséminés dans le tissu propre de la grosseur.

L'examen histologique du néoplasme, pratiqué au laboratoire d'histologie du Val-de-Grâce, par notre distingué collègue le Dr Kiener, donne les résultats suivants : La tumeur est composée de deux sortes d'éléments : 1° un tissu myxomateux, formant la masse principale, et développé aux dépens du tissu interstitiel . sur quelques points on y trouve de petits îlots rares et limités de cartilage ; 2° des tubes séminifères altérés; les uns atrophiés, les autres dilatés et formant des kystes par rétention et par prolifération. J'abrège cette description, malgré son intérêt, et termine en disant que l'examen microscopique confirme le diagnostic de *myxome kystique du testicule.*

M. le Dr Kiener conclut comme l'opérateur à une néoplasie *mixte* et *bénigne*, et les faits, jusqu'ici du moins leur ont donné raison. Il ne faudrait peut-être pas cependant, bien que la guérison date actuellement de plus de deux années affirmer qu'une récidive ou une généralisation est désormais improbable. Le temps écoulé n'est pas suffisant pour permettre une telle affirmation.

Précédée et suivie de considérations intéressantes sur l'étiologie et le pronostic des tumeurs kystiques du testicule, l'observation du Dr Richon me semble digne de figurer dans nos bulletins. Aussi me suis-je borné dans ce rapport à vous en retracer les traits les plus larges et les points les plus importants. Je vous propose donc, Messieurs : 1° de renvoyer l'observation et le travail de M. le Dr Richon au comité des publications; 2° d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Richelot. Je m'associe aux réserves posées par M. Chauvel, en ce qui concerne la bénignité de la maladie. Il y a quelques années on semblait avoir perdu la trace des tumeurs kystiques dites bénignes, lorsque M. Terrier vint vous présenter une tumeur que cliniquement il considérait comme bénigne, malgré l'étiquette donnée par M. Malassez qui en faisait un épithélioma myxoïde, ne donnant d'ailleurs à son affirmation qu'une valeur purement anatomique. L'observation a servi de point de départ à la thèse de M. Periquet où elle est insérée dans tous ses développements. M. Terrier est venu deux ans après vous dire que son malade était mort de généralisation viscérale de sa tumeur.

Ce n'était donc pas une tumeur bénigne, et devant l'analogie qui existe entre ce fait et celui que nous présente le Dr Richon, nous devons attendre longtemps encore avant d'être en droit d'affirmer la bénignité.

M. Després. Jusqu'à présent on ne s'est pas mis d'accord au sujet de la nature de la maladie kystique du testicule. M. Richelot a oublié de parler d'un mémoire de Conche de Lyon, qui a réuni toutes les observations connues jusqu'à lui. La conclusion qu'on tire de son travail, c'est que presque toutes les tumeurs kystiques se sont comportées comme des cancers, quand il y a eu autre chose que des kystes et du tissu simplement fibreux.

En ce moment je fais l'article des maladies testiculaires dans la nouvelle édition du livre de Nélaton, et j'y décrirai deux espèces de maladies kystiques, l'une que je rangerai dans les cancers, cartilagineux, épithéliaux, perlés, etc. ; l'autre que j'appellerai adénoïde, parce que je la considère comme une hypertrophie glandu-

laire; en raison même de sa structure, kystes et tissu cellulo-fibreux J'ai présenté ici, dans la séance du 27 octobre 1875, une pièce de ce genre. Mon malade est mort d'une angine de poitrine deux ans après l'opération, et il n'y avait pas trace de récidive; en dehors de cette observation, je n'en connais que trois autres : une de Curling, une de Velpeau et une de notre collègue, M. Trélat.

M. Tillaux. J'ai présenté à la Société, en 1863, une tumeur du testicule que j'avais cru bénigne, je l'avais examinée avec M. Sappey et nous y avions vu prédominer l'élément lymphatique. Le malade est mort une année ou deux après dans le service de Maurice Raynaud, le mal s'était reproduit surtout dans la plèvre.

M. Poncet. La classification de M. Després ne répond à aucune notion micrographique. Le développement kystique est un accident commun à toutes les tumeurs; et c'est une erreur de grouper ensemble les tumeurs diverses qui présentent ce même accident. Il peut y avoir des enchondromes kystiques, des sarcomes kystiques, des épithéliomes kystiques; mais on ne saurait admettre une maladie kystique.

M. Richelot. Je répondrai un mot à ce que vient de dire M. Després. Dans la tumeur examinée par MM. Terrier, Malassez et Perriquet, il n'y avait à peu près que des kystes, et seulement de minces cloisons fibreuses. C'est la structure à laquelle M. Després veut imposer le nom d'*adénome du testicule*. Et cependant la tumeur a récidivé dans les viscères. M. Després dira-t-il que c'était un adénome récidivant? En résumé, ces tumeurs récidivent et se généralisent, alors même qu'elles ne contiennent aucun stroma sarcomateux ou myxomateux. M. Malassez appellerait aujourd'hui, comme alors, cette tumeur un épithélioma myxoïde, et ce nom d'épithélioma est aussi légitime en clinique qu'en anatomie pathologique.

M. Poncet. C'est une variété de l'épithéliome qu'on peut appeler épithéliome kystique.

M. Trélat. Depuis le cas observé par moi dans le service de Nélaton, et qui vient d'être rappelé, j'en ai vu deux autres. Mais l'apparence morbide n'était pas la même, dans l'un il s'agissait d'un enchondrome avec kystes, dans l'autre d'un myxome avec kystes. Je suis tout disposé a trancher les divergences comme M. Poncet. Mais il faut aussi reconnaître que lorsqu'Astley Cooper a créé le nom incriminé, il le donnait à des tumeurs qui avaient à peine de stroma, et qui paraissaient constituées surtout par une masse perlée à différents états de condensation, et variant de

l'opalescence la plus légère au blanc nacré. En présence de ces apparences, et de la lenteur du développement on comprend le doute. Mais quand je vois qu'il n'y a jamais deux cas semblables, que les observations sont rares, et que presque toujours il y a récidive, je ne puis voir là une entité, mais une simple apparence appartenant à des néoplasies diverses.

M. Després. Avant de supprimer un nom qui a été imposé à une maladie, il faut être bien sûr qu'il n'y a pas d'exceptions. Et bien je suis convaincu qu'il y a dans les observations anciennes des tumeurs franchement kystiques et j'en trouve au moins trois sans récidive, entre 8 ans et 2 ans, dans le travail de Conche. Une tumeur qui a mis dix ans a acquérir le volume d'un œuf de dinde, et qui n'a pas récidivé, n'est pas un cancer. Il faut donc pour ce genre de tumeurs maintenir un nom spécial : et les distinguer des cysto-sarcomes, des cysto-chondromes ou myxomes qui récidivent.

M. Richelot. Il suffit de voir les figures annexées au travail de M. Richon pour reconnaître qu'il s'agit d'un épithélioma muqueux, il est donc probable qu'il récidivera ; il a la plus grande ressemblance avec la tumeur décrite par M. Trélat. Mais comme le malade de M. Trélat n'a pas été revu, il n'est pas possible d'affirmer qu'il n'y a pas eu récidive.

M. Chauvel. Au point de vue pratique je reconnais qu'il n'est pas juste de conclure à une guérison absolue ; quant à la nature de la tumeur, comme il y a développement épithélial, il y a aussi des réserves à faire, et le nom donné par M. Richon pourrait être changé.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Observation de myxome kystique du testicule droit,

Par M. le Dr Richon, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Belfort.

Le pronostic des tumeurs du testicule et particulièrement celui des tumeurs kystiques ne peut, dans l'état actuel de la science, être posé avec certitude d'après l'ensemble des caractères cliniques et histologiques de ces néoplasmes. On chercherait en vain, soit dans les travaux les plus récents, soit dans le compte rendu de la discussion du mémoire de M. Poinsot à la Société de chi-

rurgie (séances des 20 et 27 mars 1878) un ou plusieurs signes dont l'importance soit unanimement reconnue comme indice de bénignité ou de malignité.

Nous voyons M. Perriquet[1] restreindre le cadre de la maladie kystique bénigne aux tumeurs uniquement composées d'une trame fibreuse criblée de kystes sans mélange de tissu cartilagineux ou sarcomateux.

L'opéré de M. Terrier, dont la tumeur offrait ce caractère de simplicité n'en mourut pas moins au bout de 18 mois, de généralisation du néoplasme dans la rate.

M. Conche, au contraire[1], affirme que la présence du cartilage seul ne compromet pas la bénignité et que les tumeurs formées d'une masse kystique mélangée de noyaux cartilagineux sont bénignes ou malignes à peu près dans les mêmes proportions.

Quant à M. Després, il considère toutes les tumeurs kystiques comme malignes et attribue les erreurs d'interprétation au long temps que peut mettre la généralisation à se manifester. Cette opinion est aussi difficile à contredire que commode à défendre.

Pour M. Th. Anger, le pronostic est lié aux connexions de la tumeur, la bénignité résultant de l'enkystement du néoplasme, la malignité au contraire de son développement au milieu des éléments de la glande et de la communauté de vascularisation du tissu normal et du tissu pathologique. L'observation qui suit paraît en contradiction avec cette appréciation.

M. Verneuil est d'avis que parallèlement aux caractères histologiques, il faut tenir grand compte pour établir le pronostic de l'ensemble des signes cliniques, et que l'incertitude actuelle ne sera dissipée que par de nouvelles observations. Celle que nous présentons aujourd'hui à l'appréciation de la Société de chirurgie, nous paraît intéressante à plus d'un titre. L'origine traumatique est évidente, puisque le malade examiné un an auparavant, au moment de son incorporation, ne présentait rien d'anormal, et qu'il n'a cessé d'être observé depuis son accident jusqu'à l'entier développement de la tumeur ; il a été suivi suffisamment longtemps après l'opération pour qu'on puisse déclarer la guérison définitive.

Enfin l'examen histologique de la tumeur a été pratiqué par un micrographe dont la compétence ne peut être contestée.

[1] PERRIQUET. Contribution à l'étude de la maladie kystique du testicule. *Thèse de Paris*, 1875.

[2] CONCHE. *De la maladie kistique du testicule*. Lyon, 1865. Bibliothèque de l'École de médecine, collect. in-8, tome 323.

OBSERVATION

Myxome kystique du testicule droit consécutif à une violente contusion. — Castration. — Guérison rapide. — Aucun indice de récidive ni de généralisation deux ans et quatre mois après l'opération.

Le 9 juin 1880, le nommé B..., âgé de 22 ans, cavalier de 2e classe au 7e régiment de hussards, se présente à l'hôpital militaire de Belfort dans le but d'obtenir une prolongation de congé de convalescence.

Il nous raconte que le 24 décembre 1879, peu de temps après son arrivée au corps, il s'est violemment meurtri le scrotum contre le pommeau de la selle dans un exercice de voltige, qu'il en est résulté immédiatement la formation d'une vaste ecchymose et bientôt après une inflammation du testicule droit. Le blessé fut envoyé à l'hôpital militaire de Bordeaux où l'on appliqua le même jour 15 sangsues sur la tumeur, huit jours après un vésicatoire, enfin divers topiques résolutifs. Malgré ce traitement, le gonflement s'accrut pendant un mois, puis resta stationnaire. A partir du 15 février on fit, à 5 ou 6 jours d'intervalle, trois injections interstitielles de 7 à 8 gouttes de teinture d'iode, dont l'unique résultat fut un accroissement nouveau du volume de la tumeur avec production de douleurs s'irradiant dans la direction du cordon.

Le 24 mars B... était envoyé en convalescence avec le diagnostic : *Orchite chronique.*

Reconnaissant la nécessité d'un traitement chirurgical, que l'intéressé accepte sans hésiter, nous le faisons entrer à l'hôpital et placer dans notre service.

Examen de la tumeur. — La tumeur régulièrement ovoïde, remplit le scrotum et refoule le testicule gauche contre l'anneau inguinal. Elle est lourde, lisse, élastique, sa surface inégalement résistante, offre des points dépressibles à côté de parties plus dures.

Ses dimensions sont les suivantes :

Diamètre vertical.............	11	centimètres.
— antéro-postérieur	6	—
— transversal en bas.....	6.5	—
— transversal en haut....	5.5	—

Sa limite supérieure est à l'orifice externe du canal inguinal dans lequel elle ne pénètre pas. Le scrotum distendu et aminci n'est adhérent à la tumeur qu'aux endroits où ont été pratiquées

les ponctions ; son réseau veineux n'est pas dilaté. La vaginale ne contient pas de liquide ; on ne trouve ni fluctuation, ni transparence, la palpation ne révèle pas la position du testicule et la pression ne provoque en aucun point la sensation spéciale que le malade a encore éprouvée à l'hôpital de Bordeaux.

Sans être sensible par elle-même, la tumeur exerce par son poids des tractions douloureuses sur le cordon. Ce dernier, un peu épaissi à sa jonction avec la tumeur, n'offre pas d'altération dans le canal inguinal, il est insensible à la pression.

Les ganglions inguinaux et iliaques ne sont point engorgés. La santé générale est parfaite. Il n'existe pas d'antécédents syphilitiques.

Diagnostic. — Nous ne croyons pas un instant à l'existence de l'orchite chronique diagnostiquée à Bordeaux ; l'orchite traumatique proprement dite est extrêmement rare, ses conséquences habituelles sont l'atrophie plus ou moins rapide de l'organe, parfois sa suppuration, mais jamais le passage à la chronicité. Nous pensons tout d'abord à la possibilité d'une hématocèle vaginale à parois très épaisses, affection plus en rapport avec l'origine traumatique; mais l'absence de toute fluctuation, même obscure, la perte absolue de la sensation testiculaire écartent cette interprétatiou. Nous sommes donc en présence d'une tumeur solide qui ne peut être qu'un sarcome, un cancer ou une tumeur mixte telle qu'un sarcome kystique. Deux ponctions exploratrices, avec un petit trocart, fixent le diagnostic : la première, pratiquée sur un point dépressible de la partie antérieure, donne un peu de sérosité citrine ; une seconde faite plus bas amène quelques gouttes d'un liquide épais de couleur chocolat. La tumeur est parsemée de kystes renfermant des liquides de diverse nature, elle doit être enlevée et l'examen ultérieur en précisera la structure.

Opération. — La castration est pratiquée le 16 juin. Le malade préalablement endormi, nous divisons le scrotum sur toute sa hauteur à partir de l'anneau inguinal.

Les deux feuillets de la vaginale étant unis par des adhérences, nous enlevons la séreuse avec le testicule.

Le cordon isolé au sommet de la tumeur est saisi dans une anse de fil de fer et coupé avec un serre-nœud sans écoulement de sang. Un fil de soie avait été passé dans le bout supérieur pour en faciliter la recherche en cas d'hémorragie secondaire. Après la ligature de deux artérioles, les bords de l'incision sont suturés sur un drain couché dans le fond de la plaie et pansés avec une compresse phéniquée recouverte de taffetas gommé. Nous indiquerons brièvement, avant de décrire la tumeur, les suites fort simples de l'opération.

Le lendemain le scrotum est modérément tuméfié, le trajet inguinal un peu gonflé et douloureux; il n'y a pas de fièvre; nous commençons l'alimentation; une portion-côtelette.

Le 19 au soir, mouvement fébrile provoqué par le gonflement inflammatoire du canal inguinal, qui s'est accentué; T. le soir : 38°,3. Insomnie.

Le 20, teint jaune, langue sèche, une rougeur érysipélateuse partant de l'angle supérieur de la plaie envahit le pli de l'aine; néanmoins la plaie est réunie sur toute sa longueur. Potages, sulfate de quinine, 1 gramme; même pansement, cataplasmes sur la région inguinale.

Le 21, le malade ne souffre plus; T. le matin, 37°,2; l'érysipèle s'étend jusqu'à l'hypochondre droit. La plaie a bon aspect, le gonflement du scrotum a presque disparu. La surface érysipélateuse est cernée avec le nitrate d'argent et couverte de collodion. Cataplasmes dans l'aine et pansement phéniqué; potages. T. le soir, 37°,8.

Le 22, l'érysipèle est arrêté. Un petit phlegmon formé dans le trajet inguinal se vide par pression à l'angle supérieur de la plaie. T. matin et soir, 37°1.

Le 23, diminution marquée du gonflement inguinal, le fil du cordon est retiré, l'appétit se prononce.

Le 25, la plaie est fort belle, le drain est enlevé.

Le 26, le phlegmon de l'aine est guéri et le 30 la plaie complètement cicatrisée. Le malade se lève et reprend son alimentation habituelle.

Il sort de l'hôpital le 28 juillet pour aller en convalescence. Quand nous le revoyons trois mois après, lors de sa rentrée au corps, nous trouvons une cicatrice linéaire souple et parfaitement régulière, sans trace d'engorgement ganglionnaire superficiel ni profond. L'état général est excellent. Depuis lors B... n'a cessé de faire son service de cavalier, il est rentré dans ses foyers après libération, en octobre 1882, dans un état de santé parfait, n'ayant certainement plus à craindre la généralisation du néoplasme.

Examen de la tumeur.

La tumeur pèse 278 grammes, elle est régulièrement ovoïde à grosse extrémité inférieure. Sa surface est constituée par l'albuginée recouverte de la vaginale dont on peut séparer les deux feuillets en déchirant les adhérences qui les unissent. On retrouve ainsi, limité par le repli de la séreuse, l'emplacement de l'épididyme; celui-ci étalé à la face postérieure de la tumeur dont il occupe toute la hauteur sur une largeur d'environ 2 centimètres 1/2,

est transformé en une lame d'apparence fibreuse, colorée par un lacis vasculaire fin et serré. Le canal déférent peut être isolé depuis son point de section jusqu'au tiers inférieur de la région épididymaire ; à cet endroit il cesse d'être distinct et se fond dans la lame fibreuse sur laquelle il chemine.

Divisée d'avant en arrière suivant son grand axe et séparée en deux moitiés latérales, la tumeur paraît constituée en totalité par un tissu fibro-gélatineux peu vasculaire, farci d'une multitude de kystes de dimensions très différentes ; les plus petits, d'apparence perlée, contiennent une gouttelette gélatineuse brillante ; parmi les grands on en distingue cinq principaux, un au sommet, gros comme une petite noix, renferme un liquide couleur chocolat ; les quatre autres plus petits, ont un contenu épais, filant, de couleur ambrée ; l'un de ces derniers contient des végétations de consistance cartilagineuse ; quelques points cartilagineux sont disséminés dans le tissu propre de la tumeur.

La dégénérescence, exactement limitée par l'albuginée, a envahi la totalité de la glande ; on ne trouve à la périphérie aucun vestige de la substance propre du testicule excentriquement refoulée par le néoplasme.

La moitié de la tumeur, placée dans la liqueur de Müller, a été envoyée au Val-de-Grâce.

Examen de la tumeur pratiqué le 15 *octobre* 1880 *au laboratoire d'histologie du Val-de-Grâce,*

Par M. le Dr Kiener, professeur agrégé.

(Note de M. Kiener).

Myxome kystique du testicule.

Le fragment de tumeur, macéré dans le liquide de Müller, est dans un bon état de conservation. Durcissement complété par la gomme et l'alcool. Coloration soit par la purpurine, soit par l'hématoxyline, soit par l'action successive de l'hématoxyline et du violet de méthylaniline.

Les préparations montrent un tissu muqueux abondant développé aux dépens du tissu conjonctif interstitiel du testicule, et renfermant quelques îlots de cartilage. Au sein de ce tissu se voient des groupes de tubes séminifères, épars, dissociés, quelques-uns peu altérés, la plupart dilatés et kystiques. Ces kystes ont un contenu muqueux ou épidermoïdal.

A. — *Tubes séminifères et kystes.* — On rencontre çà et là des

groupes de tubes séminifères en section transversale, diminués de calibre et remplis de petites cellules, ou bien des réseaux de tubes variqueux, anastomosés entre eux, renfermant aussi de petites cellules, séparés les uns des autres par un stroma muqueux ou fibreux peu abondant. Mais ces vestiges de tissu glandulaire peu altérés sont rares.

Le plus ordinairement on observe des kystes, isolés ou groupés au nombre de 5 ou 6, et séparés les uns des autres par de larges nappes de tissu muqueux. Ces kystes sont de deux ordres :

1° *Kystes par rétention.* — Ces kystes ont les dimensions et les formes les plus variées. Tantôt ils sont sphériques et nettement circonscrits, tantôt ils s'ouvrent dans un conduit spermatique qui peut présenter sur son trajet plusieurs étranglements alternant avec des dilatations. Tantôt enfin ils sont constitués par des fentes plus ou moins larges qui s'ouvrent dans une cavité anfractueuse; cette irrégularité de contour est due au refoulement de leur paroi par une ou plusieurs expansions papilliformes ou même polypeuses du tissu muqueux environnant.

Ces kystes ont une paroi propre, dessinée par un double contour très net et un revêtement épithélial, ordinairement composé d'une simple rangée de cellules cylindriques. Ces cellules, très allongées, ont un protoplasma translucide sans cils vibratiles et un noyau situé à leur base d'implantation, quelques-unes d'entre elles ont l'aspect des cellules caliciformes de l'intestin. Dans quelques-uns de ces kystes, le revêtement épithélial est composé de plusieurs couches de cellules, dont la plus interne est cylindrique, disposition qui établit la transition avec les kystes de la 2e variété. La cavité des kystes renferme un mucus peu consistant, à demi coagulé par les réactifs, englobant quelques granulations protéiques et de rares noyaux; à l'extérieur du kyste, la paroi propre est renforcée par un tissu conjonctif à fibres concentriques, plus dense que le tissu muqueux avoisinant, et renfermant outre les cellules fixes, fusiformes et rameuses, un certain nombre de cellules rondes, probablement migratrices.

2° *Kystes par prolifération.* — Ces kystes ont un volume variable depuis celui d'une graine de mil jusqu'à celui d'une graine de chènevis.

Ils sont sphériques, tantôt complètement isolés, tantôt constituant une sorte de diverticulum sur le trajet d'un canalicule spermatique revêtu d'une simple couche d'épithélium cylindrique. La paroi propre de ces kystes et leur paroi fibreuse adventice sont semblables à la paroi des kystes de la première variété, sauf que la tunique adventice renferme un plus grand nombre de cellules fixes et migratrices et est plus vasculaire.

Ces kystes sont complètement remplis et distendus par un contenu épithélial à divers degrés d'évolution. Les plus petits ayant l'aspect de perles grisâtres, fermes et sèches, sont complètement remplis par un épithélium stratifié à évolution épidermique, la couche la plus externe tapissant la paroi, est formée de cellules cylindriques ; les couches moyennes sont formées de cellules polyédriques et dentelées, analogues aux cellules du corps muqueux de Malpighi ; les cellules occupant le centre du kyste sont aplaties, privées de noyaux, semblables aux cellules cornées de l'épiderme, sauf qu'elles ont un aspect plus réfringent et subissent une transformation graisseuse.

Dans les kystes volumineux, la transformation graisseuse de l'épithélium est plus avancée, et le contenu, ramolli tantôt dans sa portion centrale, tantôt dans toute sa masse, est réduit à une sorte de bouillie blanchâtre ou couleur chocolat. Cette dernière coloration est due au mélange de globules sanguins avec les produits épithéliaux ramollis. Les globules sanguins proviennent par extravasion des vaisseaux capillaires de la tunique adventice du kyste ; le ramollissement est en effet accompagné d'une hypérémie de plus en plus accentuée, et habituellement une hémorragie interstitielle diffuse dessine autour du kyste une zone annulaire rouge sombre.

B. *Tissu muqueux et cartilage.* — Le tissu fondamental de la tumeur séparant les uns des autres les kystes et les conduits séminifères, et provenant évidemment du tissu conjonctif interstitiel de la glande, présente, ainsi qu'il a été dit, les caractères du tissu muqueux, il est peu vasculaire, sauf au voisinage des kystes volumineux. La structure de ce tissu est variable dans les différentes parties de la préparation. Çà et là, il forme des nappes plus ou moins circulaires de tissu très lâche, très mou, dans lequel on distingue : 1° Des fibres conjonctives grêles, formant un feutre lâche au sein d'une substance liquide (mucine) ; 2° des cellules rameuses, libres ou accolées aux fibres, et quelques cellules rondes migratrices ; 3° quelques globules rouges extravasés. Ces petites masses de tissu muqueux lâche constituent notamment les expansions polypiformes qui s'enfoncent, ainsi qu'il a été dit, dans les cavités formées par les tubes séminifères dilatés.

Sur d'autres points, notamment autour des kystes volumineux et dans les régions occupées par un groupe de petits kystes et de tubes séminifères, le tissu devient plus dense, plus fibreux, plus riche en cellules.

C'est dans ces régions aussi que l'on rencontre des îlots de cartilage. Ces îlots, nettement arrondis, ne dépassent pas 1 millimètre de diamètre. Les plus petits ont la structure du cartilage em-

bryonnaire : substance fondamentale peu abondante, capsules unicellulaires, nombreuses, petites, très serrées. Dans les plus volumineux, le cartillage est adulte ; il présente, au centre de l'îlot, de grandes capsules multicellulaires, encloses dans une substance hyaline abondante ; à la périphérie de l'îlot, des capsules petites, aplaties, serrées les unes contre les autres, à la manière d'un périchondre.

Il résulte de cet examen que la tumeur est composée de deux ordres d'éléments : 1° un tissu myxomateux, formant la masse principale de la tumeur, développée aux dépens du tissu interstitiel. Ce tissu refoule, dissocie les tubes glandulaires, pénètre en bourgeonnant dans les cavités résultant de la dilatation de quelques-uns de ces tubes. Sur quelques points, notamment autour des kystes, le tissu muqueux est condensé, devient plus fibreux et plus riche en cellules, et donne naissance à quelques îlots rares et circonscrits de cartilage.

2° Des tubes séminifères diversement altérés, les uns sont simplement atrophiés ; d'autres, plus nombreux, sont dilatés et forment deux ordres de kystes : kystes par rétention et kystes par prolifération. Ces derniers présentent une évolution épidermique et subissent un ramollissement graisseux qui n'est pas sans analogie avec celui des kystes sébacés de la peau.

Il s'agit donc d'une de ces néoplasies *mixtes* et *bénignes*, telles qu'on les rencontre assez fréquemment soit dans le testicule, soit dans les glandes salivaires, procédant par dégénération concomitante des deux tissus constituants de la glande, et pouvant être dénommée : *myxome kystique du testicule.*

La tumeur que nous avons enlevée peut être rapprochée de celles dont M. Conche a fait sa seconde classe, tumeurs formées d'une trame fibreuse avec kystes et productions cartilagineuses. Elle est presque identique à celle qui est décrite par M. Nepveu dans sa première observation intitulée : *Sarcome kystique du testicule*, avec tumeurs perlées et nodules de cartilage[1]. Dans les deux cas les antécédents traumatiques, la régularité, l'indolence de la tumeur, l'intégrité du cordon, l'absence d'adénopathie et de signes cachectiques ont fait croire d'abord à l'existence d'une hématocèle, l'examen a révélé des lésions de même ordre, kystes séreux, muqueux, perlés formés aux dépens des tubes spermatiques au sein d'un tissu sarcomateux. Mais tandis que nous avons trouvé la totalité du testicule dégénérée jusqu'à l'albuginée, M. Nepveu remarque qu'une grande partie du parenchyme testiculaire est refoulée par la tumeur contre cette membrane et que les

[1] Nepveu. *Contribution à l'étude des tumeurs du testicule.* 2e édition, 1875.

tubes y sont sains et ratatinés. M. Conche signale également l'existence constante d'une couche de tubes séminifères enveloppant la tumeur ou occupant une portion de sa surface, en arrière autour de l'épididyme, disposition sur laquelle il se base pour attribuer l'origine du néoplasme à une altération du tissu fibreux du corps d'Hygmore et la formation des kystes tapissés d'épithélium pavimenteux à l'oblitération des canaux droits sur divers points de leur trajet, tandis que les autres kystes dériveraient soit de ruptures vasculaires, soit de lacunes formées entre les tissus fibreux de nouvelle fondation, mais aucun de la dilatation des tubes séminifères. Dans sa septième observation (tumeur cancéreuse très vasculaire), M. Conche signale, comme nous, la disparition complète des tubes séminifères et l'attribue à leur compression entre la tumeur et l'albuginée. Dans le cas qui nous occupe, la disparition complète du tissu testiculaire normal peut être expliquée soit par ce mécanisme, soit plutôt par l'extension de la dégénérescence à la totalité de la glande.

L'origine traumatique des tumeurs kystiques est souvent contestée; M. Conche la croit admissible dans un quart environ des cas qu'il a rencontrés. Chez notre malade elle nous semble certaine. Dans quelle mesure les injections iodées interstitielles pratiquées au cours du traitement ont-elles pu modifier la structure de la tumeur ou seulement en accélérer le développement? Il est difficile de le dire, mais nous estimons qu'à l'époque où ces injections ont été faites, près de deux mois après le début de l'affection, la tumeur possédait déjà ses caractères propres et que les irritations nouvelles en ont simplement activé l'évolution.

Quant au pronostic, guidé tant par les signes cliniques que par l'origine accidentelle, le défaut d'hérédité et l'âge du sujet (les tumeurs du testicule étant malignes surtout chez les enfants), nous l'avons cru favorable dès le premier moment. L'appréciation de M. Kiener a confirmé la nôtre, qui venait encore corroborer la guérison persistante de l'opéré de M. Verneuil (1re observation Nepveu) dont le cas présentait avec le nôtre tant de similitude.

Il y avait pourtant une particularité menaçante pour l'avenir, c'était le défaut d'enkystement du néoplasme et son développement au milieu des éléments de la glande. Les suites n'ont pas confirmé la gravité, au point de vue pronostique, attribuée par M. Anger à cette disposition. Deux ans et quatre mois sont écoulés depuis l'opération, la guérison ne s'est pas démentie et nous nous croyons fondé à la déclarer complète et définitive.

Note à propos d'une observation de syphilis infantile héréditaire avec rachitisme généralisé,

Par M. Lannelongue.

Messieurs,

Je viens vous communiquer l'observation dont vous venez d'entendre le titre et qui touche à une de ces questions encore en litige; elle pourrait se résumer en quelques mots, les suivants. Un jeune enfant de deux ans et demi, fils d'une mère syphilitique, est en pleine puissance d'accidents spécifiques qui n'ont pour ainsi dire pas cessé depuis sa naissance et dont les manifestations viscérales entraînent la mort; sur ces entrefaites il devient rachitique vers l'âge de 12 à 14 mois et cet état s'accentue au point qu'au moment de la mort presque tous les os en portent la trace. Voici d'ailleurs le fait dans ses détails cliniques et anatomo-pathologiques.

Observations. — Un garçon âgé de deux ans et demi, entré à l'hôpital Trousseau, salle Denonvilliers, n° 19, le 17 janvier y succombe le 2 février. Son père, âgé de vingt-six ans, n'a jamais eu de maladies vénériennes : il se porte bien, quoique pâle et d'aspect un peu chétif. Sa mère est âgée de vingt-trois ans, elle est syphilitique depuis l'âge de six ans. Voici ce qu'elle raconte après avoir hésité à nous le dire, et son mari, du même village d'Alsace qu'elle, est au courant de ce qui est arrivé. Sa famille composée de son père, de sa mère, d'un frère et d'une sœur, n'avait jamais présenté de phénomènes syphilitiques : un oncle, ancien soldat, vint alors habiter parmi eux, et y apporter la syphilis. Le garçon, qui partageait son lit, présenta, le premier des symptômes (plaques anales), puis l'oncle abusa tour à tour de ses deux nièces; sa belle-sœur elle-même contracta la maladie, et la communiqua à son mari.

La femme qui nous occupe eut des taches sur le corps et des plaques muqueuses. Elle ne paraît pas avoir été traitée sérieusement alors; ses souvenirs, du reste, sont confus sur ce point.

Sa sœur a perdu tous ses enfants (mort-nés, fausses couches).

Son père est encore vivant.

Pas de renseignements sur son frère.

Dans sa jeunesse elle eut des maux de gorge : qui n'ont jamais cessé complètement depuis : ils reviennent par intervalles et durent de trois à quatre jours en moyenne. Elle a perdu ses dents étant jeune, et a eu quelques douleurs dans les membres.

Elle a aussi perdu ses cheveux.

Cette femme s'est mariée, et a eu deux enfants.

Elle n'a pas fait de fausses couches.

Son premier enfant est celui qui nous occupe.

Le second est mort à huit mois. Le premier aurait eu, au dire de sa mère, après sa naissance, des boutons sur le corps, pas de vices de conformation; les boutons auraient été suivis de croûtes et de petites plaies.

Après la naissance de cet enfant, la mère fut soignée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le Dr Felizet. Elle eut alors, quelques jours après l'accouchement, des écorchures aux grandes lèvres (probablement des plaques ulcérées) et une vaste plaque à l'anus. On lui fit prendre des pilules de proto-iodure de mercure et des bains, puis on lui donna du biodure de potassium et la première médication fit bientôt disparaître les lésions qu'elle présentait. Elle sortit de l'hôpital et ne continua pas son traitement.

Son enfant, âgé de deux ans et demi aujourd'hui, est maigre et d'apparence chétive; il est d'une manière apparente moins développé que les enfants de son âge. Quelques jours après sa naissance il eut des boutons sur le corps et quelques-uns eurent de la suppuration et des croûtes. Mais la mère l'envoya à la campagne et le perdit de vue pendant quatre mois; à cette époque elle alla le visiter et elle le trouva affecté d'un coryza qui a toujours persisté depuis. Les boutons avaient disparu, mais de temps en temps il lui en revenait aux fesses et près de l'anus. Enfin, à l'âge de huit mois il eut une ophthalmie à marche chronique. La mère le reprit à quatorze mois. A ce moment l'enfant ne marchait pas, il remuait bien ses membres supérieurs, mais les inférieurs ne pouvaient supporter le poids du corps, et depuis il n'a pas encore marché. A seize mois, il apparut une grosseur à la jambe droite qui a persisté depuis.

L'évolution dentaire a été très retardée, et les dents présentent aujourd'hui les altérations que l'on retrouve chez les sujets syphilitiques. Son état actuel est le suivant. Sur le corps, on découvre des cicatrices de deux sortes d'apparences. Les unes, parfaitement blanches, circulaires, des dimensions d'une lentille au moins se rencontrent sur le tronc, les fesses, l'abdomen et la racine des cuisses; les autres, plus superficielles, moins visibles, ressemblant à des rides, se trouvent particulièrement aux fesses.

Il existe un coryza muco-purulent abondant; les os des fosses nasales ne paraissent pas cependant altérés. Sur chaque cornée on voit des taies diffuses peu apparentes.

Dans la bouche, la langue présente à sa partie moyenne une surface rouge et lisse des dimensions d'une pièce d'un franc, mais plus irrégulière de forme, paraissant légèrement déprimée eu égard aux parties voisines, cernée par un petit liséré saillant. Cette sur-

face tranche sur la coloration d'un blanc rosé du reste de l'organe.

Les désordres du squelette sont surtout frappants. Les extrémités articulaires des os longs sont gonflées et déformées ; les diaphyses sont un peu plus incurvées près des épiphyses, et, de plus, sur un certain nombre d'entre elles, on rencontre des nouures importantes. Ces nouures en fuseau ou de forme olivaire sont placées sur la continuité des diaphyses; le tibia, les deux humérus, le fémur gauche en présentent chacun une, et quand on explore la résistance de l'os à leur niveau, on y développe une mobilité anormale sans crépitation. On trouve aussi un gonflement douloureux à la pression sur le cubitus de l'avant-bras droit à sa partie supérieure et sur la partie inférieure du cubitus gauche. Les côtes sont gonflées à leur extrémité chondro-costale. Les clavicules sont également prises.

L'examen de la tête révèle un asymétrie cranienne très évidente. La bosse frontale droite est très saillante, et sur le frontal, près du bregma, on sent de petits nodules périostés. Les bosses occipitales sont symétriques, très développées et séparées par un sillon profond, irrégulier à sa surface.

Tel est le résumé de l'examen extérieur de l'enfant, et on le reçoit dans le service après ce premier examen. Le lendemain de son entrée, on reconnaît que le petit sujet présente des phénomènes fébriles, et la sœur du service nous raconte qu'il ne veut pas manger. On l'ausculte et on trouve des signes évidents d'hépatisation pulmonaire limitée dans les poumons. Les jours suivants, l'état général de l'enfant s'aggrave, et il succombe le 2 février.

Autopsie. — Les altérations seront décrites rapidement dans les viscères et dans le squelette, en commençant par ce dernier. On peut dire d'une manière générale que tous les os du squelette sont frappés de rachitis, et je ne m'arrêterai pas à décrire les lésions si caractéristiques de cet état; je me bornerai à quelques remarques à l'égard des gonflements diaphysaires ou de ces nouures dont j'ai parlé. Quand on fait la coupe longitudinale des os longs au niveau de ces renflements, on est frappé par l'apparence suivante. Sous le périoste, qui est gonflé, existe un tissu osseux spongoïde dont la direction des lames osseuses est perpendiculaire à la surface de l'os ancien, de telle sorte que la coupe précédente offre un aspect fibreux. Le tissu spongoïde est épaissi pour former le renflement et il s'unit au tissu osseux ancien de la diaphyse. Le tissu compacte de celle-ci est très aminci, et il présente de plus tantôt une fissure transversale incomplète, tantôt une fissure plus oblique. Quoi qu'il en soit, il y a eu en ce point

une fracture incomplète de l'os, et, à ce niveau, il s'est formé un cal constitué par du tissu spongoïde abondant.

Quant au tissu spongoïde du renflement, il se continue en s'amincissant sous le périoste jusqu'aux épiphyses, où il existe encore. Au niveau de ces éminences, on trouve à la coupe les diverses altérations du rachitisme.

En outre, les viscères, les poumons, le foie, la rate, présentent des lésions caractéristiques de la syphilis. Dans les poumons on trouve des noyaux denses d'hépatisation grise, avec des parties ramollies et jaunâtres au centre. On trouve aussi, dans les ganglions bronchiques un état d'induration sur quelques-uns d'entre eux avec une dégénérescence jaunâtre au centre, mais cette substance est consistante et dense et nullement ramollie. L'examen histologique en sera fait

Dans le foie, on trouve des épaississements partiels de la capsule de Glisson, et l'apparence si bien discutée par M. Gubler. Il y a aussi en plusieurs points sur la face convexe du foie, des noyaux d'un jaune d'or entourés d'îlots de substance colorée en rouge.

La rate présente un épaisissement remarquable de la capsule, qui atteint plus d'un millimètre d'épaisseur; le tissu splénique est dur à la coupe, on y voit de plus un épaisissement des parois, des alvéoles épaissis; on fera également l'examen histologique de cet organe et le résultat sera consigné dans les bulletins de la Société.

Telle est cette observation, que je ne veux pas entourer de commentaires, pas plus que je ne veux faire l'histoire de la syphilis héréditaire depuis l'observation première de Valleix, celles de Menier, Ranvier, Guéniot, jusqu'aux travaux de Wigner, de Waldeyer et Köbner, etc., jusqu'aux recherches si importantes et si remarquables du professeur Parrot.

Je ne dirai seulement qu'un mot à l'égard des rapports de la syphilis héréditaire et du rachitisme. Une première observation de M. Parrot (1874) signala ces rapports; depuis, les recherches faites par lui sont si éclatantes et si nombreuses que la question est entrée dans une nouvelle phrase, et c'est à l'appui de cette nouvelle doctrine que j'ai tenu à fournir un fait qui m'a paru avoir quelque intérêt.

M. Tillaux *communique l'observation suivante, recueillie dans son service à l'hôpital Beaujon.*

Kyste hydatique de la prostate.

Goutte Antoine, 43 ans, garçon d'hôtel, natif du Cantal.
Entré le 23 septembre 1882. — Sorti le 3 novembre.

Il y a un an, le malade a commencé à être réveillé la nuit par le besoin d'uriner; lorsqu'il se présentait au vase, l'urine mettait longtemps à venir. Il y avait en même temps de la constipation ou plutôt des alternatives de constipation et de diarrhée : ces symptômes ont apparu il y a deux ans environ, par conséquent un an avant les troubles de la miction.

Le malade entre à l'hôpital le 23 septembre pour rétention d'urine incomplète.

Examen fait par M. Tillaux le 29 septembre. — Toucher rectal. Il fait constater que la prostate est volumineuse. Elle est parfaitement lisse. Les deux lobes sont confondus : pas de sillon médian. Sa consistance est élastique, rénitente, surtout du côté du lobe droit; or, le tissu de la prostate est ferme, non élastique; donc collection liquide. On ne peut malheureusement, fait observer M. Tillaux, introduire ici deux doigts pour se renvoyer le flot de liquide. Un peu de douleur à la pression.

Cathétérisme. — Au cathétérisme, la sonde est serrée; par conséquent la prostate est également volumineuse en avant. Pour pouvoir introduire une sonde métallique, M. Tillaux est obligé d'élever le siège du malade à l'aide d'un coussin et d'abaisser fortement le pavillon entre les cuisses. Il ne peut même faire arriver le bec de la sonde qu'au niveau de l'orifice interne de l'urèthre, et il s'écoule à peine quelques gouttes d'urine. — Bien que la vessie soit pleine, M. Tillaux est obligé de renoncer au cathétérisme; il a vainement essayé, soit avec une sonde métallique, soit avec une sonde molle en caoutchouc, de vider la vessie du malade.

Le malade ne peut travailler à cause de la douleur qu'il éprouve en arrière *au niveau du sacrum.*

Il ne va que très difficilement à la selle.

Diagnostic. — Le malade porte sur la région latérale droite du thorax la cicatrice d'un ancien abcès froid. Cette circonstance fait penser à M. Tillaux que la collection liquide de la prostate est peut-être un abcès froid.

9 *octobre.* — Incision sur la face rectale de la prostate à l'aide d'un bistouri boutonné, conduit sur le doigt, introduit dans le rectum. Il s'écoule un liquide clair, semblable à l'urine, mêlé à du sang. — M. Tillaux introduit son doigt dans la poche à une profondeur de 6 à 7 centimètres; il semble, dit-il, qu'elle soit cloisonnée.

10 *octobre.* — L'urine que le malade a rendue, est claire. Il n'a pu, du reste, uriner que difficilement, et il a la vessie distendue ce matin par l'urine.

Le malade a été soulagé des douleurs qu'il éprouvait; mais il

souffre maintenant dans le ventre, il a un peu de fièvre, etc., en un mot, il a quelques phénomènes de péritonite.

12 *octobre*. — L'urine est toujours très claire; par conséquent, il n'y a pas de communication entre le foyer et l'urèthre.

Hier soir le malade a rendu, en allant au vase, une membrane qui ressemble à une hydatide.

13 *octobre*. — Le malade a encore rendu des membranes hydatides.

Il n'a plus de fièvre, son facies est plus reposé.

Il va tous les jours à la selle.

16 *octobre*. — Le malade se trouve bien maintenant; il accuse seulement de la faiblesse. Quelques élancements dans la verge. Il urine très facilement.

17 *octobre*. — M. Tillaux pratique le toucher rectal; la prostate paraît encore un peu volumineuse, et l'incision, perceptible au doigt, n'est par encore refermée.

3 *novembre*. — Le malade part pour Vincennes.

M. Tillaux. Je ferai remarquer qu'il s'agit là d'un fait très rare. Notre collègue Le Dentu, dans sa suite à l'ouvrage de Voillemier a essayé de démontrer qu'il n'existait pas une observation de kyste hydatique de la prostate; je crois qu'ici le doute n'est pas permis, et que c'est bien à un kyste prostatique que j'ai eu affaire.

Discussion.

M. Nicaise. Je communiquerai prochainement à la Société un second cas de kyste hydatique de la prostate, observé par M. le Dr Millet. J'avais vu le malade et j'avais conseillé la ponction. M. Millet a tiré 700 grammes d'un liquide transparent contenant des crochets.

M. Marchand. M. Tillaux est-il sûr que le kyste siégeait bien dans le tissu de la glande et non dans le tissu cellulaire situé entre le rectum et la vessie.

M. Tillaux. Je ne puis donner à M. Marchand d'autres renseignements que ceux fournis par l'examen clinique. Par le toucher rectal, on pouvait préciser qu'il s'agissait surtout du lobe droit de la prostate, pour moi le siège n'était pas douteux, et il ne m'est pas venu un instant à l'esprit que ce n'était pas la prostate.

M. Lannelongue. On peut faire une réserve, car il est plus naturel de trouver les kystes dans le tissu musculaire, et celui dont il s'agit aurait pu se trouver dans la tunique musculeuse du rectum et donner lieu aux mêmes sensations.

M. Sée. Je demanderai à M. Tillaux s'il a pris quelques précautions au point de vue des suites possibles de l'opération.

M. Tillaux. Je n'ai pris aucune précaution, si ce n'est d'éviter les lavages qui auraient pu exposer le malade à des accidents plus graves que ceux qu'il a éprouvés et que je rapporte à une péritonite légère.

M. Perier. J'insiste encore sur les objections faites par M. Marchand et par M. Lannelongue; en effet, on trouve dans l'ouvrage de Davaine, sur les entozoaires, un certain nombre d'observations de kystes hydatiques du petit bassin, qui ont donné lieu à des phénomènes semblables. J'ai eu occasion de traiter avec mon collègue, M. Duguet, un externe de son service qui avait un kyste du plancher du bassin qui comprimait la vessie; on le percevait à la fois par le toucher rectal et par le palper abdominal. Une ponction aspiratrice affirma le diagnostic et amena la guérison.

M. Tillaux. Je répète que le kyste était rigoureusement dans la prostate, et je suis porté à croire qu'il était dans le tissu glandulaire.

La séance est levée à 5 h. 20 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 14 février 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires et mensuels publiés à Paris et en province.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

3° *British medical. — La Gazette de santé militaire de Madrid. — The Practitionner.*

4° Le 65e volume des *Transactions médico-chirurgicales de la Société de médecine et de chirurgie de Londres.*

5° M. Ceccherelli, de Parme, adresse à la Société une leçon intitulée : *Étude sur la chirurgie moderne et de l'enseignement clinique.*

6° M. Dejau, de Flemalle-Grande (Belgique), adresse une observation intitulée : *Amputation utéro-ovarique de Porro. — Femme et enfant vivants.*

7° M. Després offre à la Société un exemplaire de la 4e édition du *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique* de MM. Bouchut et Després.

8° Une lettre du Ministre de l'instruction publique, annonçant que la 21e réunion des Sociétés savantes aura lieu en mars à la Sorbonne.

9° M. Verneuil offre, de la part de M. Schwartz, une observation intitulée : *Induration des enveloppes et de la cloison des corps caverneux chez un diabétique.* (Rapporteur, M. Verneuil).

10° M. Verneuil offre, de la part de M. Robuchon, une observation de tétanos. (M. Verneuil, rapporteur.)

11° M. Verneuil offre un travail qu'il vient de publier sur la *Pulvérisation prolongée ou continue comme procédé de la méthode antiseptique.*

A propos de la correspondance, M. Heurtaux, de Nantes, adresse la lettre suivante :

A Monsieur le Président de la Société de chirurgie.

Monsieur le Président,

Dans la dernière séance de la Société, à propos d'une observation de *Maladie kystique du testicule*, adressée par M. le Dr Richon, une discussion s'est élevée sur la texture et le pronostic des tumeurs englobées sous cette dénomination commune.

La rareté des faits de cette nature m'engage à rappeler qu'en 1864, j'ai eu l'honneur d'envoyer à la Société, avec pièce à l'appui, une observation de *Sarcocèle kystique*, qui se trouve insérée dans le tome VI des *Mémoires de la Société de chirurgie* (p. 605).

Dans ce cas particulier, il s'agissait d'un épithéliome accompagné de noyaux cartilagineux et pourvu de cavités kystiques. C'était donc, comme dans les autres faits connus, une tumeur complexe où les kystes ne jouaient évidemment qu'un rôle accessoire.

J'ajoute que l'opération, déjà ancienne, puisqu'elle remonte à 19 ans, n'a pas été suivie de récidive, car le malade, dont je viens

de recevoir des nouvelles, grâce à l'obligeance de M. le Dr Attimont, ancien interne des hôpitaux de Paris, jouit toujours d'une excellente santé, quoique actuellement âgé de 56 ans.

Ces tumeurs sont donc susceptibles de guérison définitive, même lorsque l'épithéliome participe à leur formation.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect.

A. Heurtaux.

Nantes, le 12 février 1883.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. Je mets sous vos yeux la planche de l'observation de tumeur kystique que j'avais recueillie dans le service de Nélaton. Vous y voyez l'aspect caractéristique de véritables kystes. M. Després vous a rappelé l'observation qu'il vous avait communiquée sous le nom d'adénome, j'avais protesté contre cette appellation. Si vous voulez bien vous reporter à la description qu'il en donne et que je vais vous lire[1], si maintenant vous comparez cette description et le dessin que je vous soumets, vous reconnaîtrez qu'il est impossible de donner un nom à deux tumeurs aussi distinctes. M. Després restera libre d'appeler sa tumeur un adénome, moi je la considère comme une tumeur hématique à transformations diverses.

M. Després. Le dessin que l'on trouve dans le livre de M. Curling, ne ressemble pas à celui qu'on vient de vous soumettre ; il a, au contraire, la plus grande analogie avec la pièce provenant du service de Velpeau et présentée par M. Jouon à la Société anatomique.

M. Trélat oublie que la tumeur que j'ai présentée, datait de six ans, et que par suite les kystes qu'elle renfermait avaient pu subir des modifications importantes. Leurs grandes dimensions n'ont donc rien d'extraordinaire.

M. Trélat. Curling n'est pas l'inventeur de la maladie kystique, c'est Astley Cooper; il existe à la bibliothèque de la Faculté, un exemplaire, peut-être unique, de sa monographie; parmi les dessins on n'en trouve qu'un seul qui se rapproche de celui de Curling.

M. Richelot. Je ne veux pas comparer les figures de l'observa-

[1] Voir *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, t. I, 1875, p. 755 et suiv.

tion de M. Trélat et du livre de Curling; je veux répéter qu'il y a deux variétés de tumeurs kystiques. Celles où il y a des kystes et un stroma plus ou moins important, et celles où il n'y a que des kystes séparés par de minces cloisons fibreuses et la tumeur analysée par MM. Terrier et Malassez appartient à cette seconde variété. Eh bien! ces formes en apparence si simples sont récidivantes, ce ne sont pas des adénomes, ni des kystomes, il faut y voir des épithéliomes. J'ajouterai que la durée n'est pas un signe, il y a des cancers qui restent plus de huit ans sans récidives.

M. Terrier. Puisqu'on m'a mis en cause, je rappellerai que j'avais cru à une tumeur bénigne et que peu après, mon malade mourut de tumeurs abdominales. Quant à la discussion, je pense qu'elle ne peut aboutir, si on s'appuie sur les observations anatomo-pathologiques auxquelles manque la sanction d'un examen histologique sérieux. C'est à partir de maintenant qu'on pourra établir des termes de comparaison. MM. Perriquet et Malassez ont établi que ces tumeurs kystiques récidivantes, sont identiques aux kystes multiloculaires de l'ovaire. Cliniquement, elles sont malignes chez l'homme et bénignes chez la femme, dans l'immense majorité des cas, mais ce n'est pas absolu, car dans un cas d'ovariotomie, pratiquée par M. Nicaise, il y a eu généralisation; d'où l'on peut conclure que certaines tumeurs de l'ovaire ont une malignité analogue à celle des tumeurs testiculaires.

Il y a donc une réserve à établir.

M. Després. Oui, pour ne pas trancher la question dans le sens du cancer.

M. Verneuil. M. Lannelongue a présenté dans la dernière séance des pièces qui lui ont permis d'assimiler la syphilis tertiaire au rachitis. Vous savez avec quel talent M. Parrot a soutenu cette assimilation, en France et au congrès de Londres. M. Parrot s'offre à venir montrer ici la collection de ses pièces,je crois que la Société acceptera avec empressement.

M. Lannelongue. J'appuie la proposition de M. Verneuil.

M. le président. Le bureau demandera à M. Parrot de vouloir bien se rendre à l'une de nos plus prochaines séances.

M. Polaillon. Conformément au désir exprimé par M. Verneuil, j'ai demandé à M. Mouchet de vouloir bien renseigner la Société

sur l'état actuel du malade qui avait expulsé un volumineux calcul. Voici ce qu'il m'a répondu : Elle conserve encore une fistule uréthro-vaginale de la dimension d'une lentille. Cette fistule a diminué spontanément sans la moindre intervention, la malade s'étant toujours refusée à toute opération. La quantité d'urine qui passe par la fistule représente environ le tiers de la quantité émise par l'urèthre en vingt-quatre heures.

En même temps, M. Mouchet complète son observation d'élongation du nerf dentaire. La guérison n'est pas absolue. Depuis six mois il y a eu quelques crises légères dont une seule a nécessité l'usage d'injections de morphine à très faible dose pendant deux ou trois jours seulement.

M. Sée. Ce qu'on a dit des fistules uréthro-vaginales confirme ce fait qu'elles sont difficiles à guérir. Chez deux femmes, j'ai complètement échoué après plusieurs tentatives, et chez l'une j'ai observé comme M. Verneuil, la section de l'urèthre par ulcération. Je voudrais savoir si quelqu'un de nos collègues pourrait nous citer des cas de guérison de fistules de ce genre.

Rapport.

M. Verneuil lit un rapport sur une observation présentée par M. Redard.

Messieurs.

M. Redard, chef de la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Pitié, vous a communiqué une observation vulgaire en apparence, puisqu'il s'agit simplement d'une amputation de jambe chez un scrofuleux atteint de lésions pulmonaires et rénales, mais importante en réalité à cause de l'étude particulière qui a été faite des urines de l'opéré.

Ce n'est pas la première fois, sans doute, qu'on opère un albuminurique ; mais jamais, à ma connaissance, on n'avait suivi jour par jour, après l'opération, les phases de l'affection rénale.

M. Redard, en instituant ces expériences a obtenu un tracé des plus instructifs et qui met bien en évidence le retentissement du traumatisme sur les lésions viscérales préexistantes. Il sera facile de poursuivre ces recherches pleines de promesses et qui n'exigent qu'un peu de patience.

Après vous avoir communiqué le fait de M. Redard, je vous demanderai la permission d'y ajouter quelques commentaires relatifs surtout à l'action qu'exercent les blessures sur les *propathies* ou états morbides antérieurs.

Amputation de jambe chez un tuberculeux albuminurique atteint de suppurations osseuses multiples. Courbe de la quantité d'albumine avant et après l'opération.

P... A., employé de chemins de fer, trente et un ans, entré le 5 février 1882 à l'hôpital de la Pitié, salle Michon, nº 2.

Deux sœurs mortes en bas âge; frère âgé de vingt-huit ans, toujours maladif, et fréquemment atteint de bronchite.

P..., lui-même, a toujours eu une très mauvaise santé.

Pendant l'enfance, nombreuses manifestations scrofuleuses du côté du cuir chevelu, du nez, des yeux, etc. Plus tard, engorgements ganglionnaires du cou et bronchites pendant les saisons froides et humides. Depuis l'âge de vingt ans, mauvaises conditions hygiéniques, nourriture insuffisante, travail de nuit très rude dans un bureau mal aéré et mal éclairé; repos le jour dans une chambre étroite et humide. A vingt-cinq ans, toux fréquente, expectoration le matin, amaigrissement ; à vingt-huit ans, deux abcès ossifluents de la région lombaire droite, ouverts spontanément et bientôt cicatrisés; à vingt-neuf ans, amputation de l'index droit pour une tumeur blanche à marche rapide.

Au commencement de 1881, premier séjour à l'hôpital pour un abcès profond et volumineux de la région gauche du cou, développé sans doute dans les ganglions péripharyngiens, car il proémine à la fois à la paroi postérieure du pharynx et derrière le muscle sterno-mastoïdien ; on se proposait de faire l'ouverture par le cou et de placer un tube en caoutchouc quand la collection s'ouvrit dans la gorge ; au bout de deux mois la cicatrisation est obtenue.

Décembre 1881. — Abcès volumineux de la région sous-maxillaire droite avec gonflement considérable de l'os de la mâchoire. Cet abcès ouvert, on constate que l'os est dénudé dans une assez grande étendue; suppuration abondante. P... sort pendant quelque temps de l'hôpital.

En juin 1881, des douleurs vives se développent dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, principalement au niveau de la malléole externe. Peu à peu les mouvements deviennent impossibles et bientôt se forment, au niveau de la face dorsale du pied des abcès multiples. On constata alors une carie des quatrième et cinquième métatarsiens et du deuxième cunéiforme.

A sa rentrée à l'hôpital, en février 1882, P... anémié, amaigri,

est atteint d'une toux fréquente avec expectoration abondante. A la percussion des sommets, matité des deux côtés, plus marquée à droite. A l'auscultation, respiration saccadée et rude au sommet gauche; râles humides assez nombreux au sommet droit. Rien au cœur. Bouffissure du visage; léger œdème des paupières. Les urines renferment une quantité notable d'albumine. Le foie présente une légère augmentation de volume. Diarrhée fréquente. Digestions mauvaises; souvent des vomissements.

Le soir, la température s'élève généralement vers 39°.

Les lésions du tarse et de l'articulation tibio-tarsienne gauches malgré le traitement employé (immobilisation, révulsifs, médication anti-strumeuse, etc.), ne s'améliorent pas. D'autre part, il existe au niveau de la région sous-maxillaire droite plusieurs fistules par lesquelles le pus s'écoule mal. Douleur, gonflement, suppuration fétide.

Au mois de septembre, M. le docteur Terrillon, suppléant M. Verneuil, agrandit les ouvertures fistuleuses de la région sous-maxillaire droite dans le but de faciliter l'écoulement du pus, d'extraire quelques esquilles, et de pratiquer le grattage de l'os. A la suite de cette opération, amélioration sensible, soif moins vive; du 27 septembre au 9 octobre, la température du soir ne dépasse pas 38°. Aucun accident du côté des poumons ni des reins.

Au commencement d'octobre, la diarrhée revient; fièvre très vive; température 39° le soir. Suppuration très abondante au niveau du cou et dans la région tarsienne. Les lésions de ce côté se sont fort aggravées; fongosités énormes au niveau de l'articulation du pied et des gaines tendineuses tibiales et péronières. Issue, à travers plusieurs trajets fistuleux, de gros bourgeons rosés, mollasses, manifestement infiltrés de tubercule; lésions osseuses multiples et très étendues; le deuxième cunéiforme nécrosé s'engage à travers une fistule du cou-de-pied.

L'état des poumons reste le même, avec la matité et les râles humides aux deux sommets, la toux et l'expectoration caractéristiques. Les urines sont toujours albumineuses. En résumé, il s'agit donc ici d'une ostéo-arthrite et d'une synovite tendineuse avec dépôts tuberculeux compliqués de phtisie commençante et de dégénérescence rénale. Malgré la gravité de ces lésions et l'épuisement du sujet, M. Verneuil propose l'amputation de la jambe au quart inférieur, pour calmer les douleurs, pour faire cesser la suppuration profuse et l'affaiblissement qui en résulte, pour mettre également un terme à la septicémie et arrêter ainsi, si la chose est possible encore, la dégénérescence graisseuse ou amyloïde des viscères.

On était en quelque sorte autorisé à agir par le résultat de

l'opération pratiquée deux mois auparavant sur la mâchoire, et qui avait beaucoup amélioré l'état général, sans causer le moindre accident.

A la vérité, on devait craindre de voir l'acte opératoire aggraver les lésions pulmonaires et rénales, au cas où la fièvre traumatique s'allumerait; mais ce danger pouvait être prévenu par l'emploi d'un bon pansement antiseptique, et d'autre part, une surveillance attentive, exercée sur les organes malades, pouvait faire reconnaître toute complication, toute aggravation, et permettre d'y porter aussitôt remède.

Résultats de l'analyse des urines avant l'opération

DATES	QUANTITÉ émise en 24 heures.	URÉE en 24 heures	URÉE pour 1000 c. c.	ACIDE URIQUE	ALBUMINE. en 24 heures	ALBUMINE. pour 1000 c. c.	TEMPÉRATURE. matin.	TEMPÉRATURE. soir.
							Degrés	Degrés
24 octobre.	1300 c. c. (1)	16.12	12.40	0.22	6.76	5.20	37	37.2
—	1300 c. c.	16.64	12.80	0.22	7.02	5.40	37	37.7
—	1000 (2)	?	11 »	0.22	5.40	5.40	37.7	37.4
—	1300 »	16.64	12.80	0.22	5.40	5.40	37	36.7

AMPUTATION PRATIQUÉE LE 27 AU MATIN.

Résultats de l'analyse des urines après l'opération

DATES	QUANTITÉ émise en 24 heures.	URÉE en 24 heures	URÉE pour 1000 c. c.	ACIDE URIQUE	ALBUMINE. en 24 heures	ALBUMINE. pour 1000 c. c.	TEMPÉRATURE. matin.	TEMPÉRATURE. soir.
28 octobre.	500 c. c.	8.96	17.93	0.31	4.85	9.70	37.8	38.1
29 —	1000	16	16	0.20	8.80	8.80	38	38.7
30 —	(3) »	»	»	»	8.00	»	37	38.4
31 —	1900 c. c.	19.45	10.24	0.11	9.31	4.90	31.2	37.9
1er novemb	2500	19.12	7.65	0.10	21.00	8.40	36.8	37.6
2 —	2500 »	19.00	7.60	0.11	21.00	8.40	37	37.3
3 —	1600 »	18.40	11.50	0.13	9.12	5.70	36.9	37.7
4 —	2000 »	17.80	8.90	0.11	4.20	2.10	37	37.5
5 —	1900 »	17.00	8.95	0.10	6.08	3.20	36.8	37.4
6 —	2000 »	20.50	10.25	0.09	6 20	3.10	37.2	37.4
7 —	1400 »	16.17	11.55	0.11	4.34	3.10	37.3	37.3
8 —	1300 »	15.00	11.55	0.10	4.08	3.14	36.8	37.6
20 —	1000 »	14.20	14.20	»	5.40	5.40	37.2	37

(1) La quantité d'urine a été indiquée en chiffres ronds pour simplifier les calculs.
(2) Purgatif.
(3) Purgatif.

Une accalmie s'étant présentée dans les symptômes et dans la fièvre, on en profita, et le 7 octobre fut faite l'amputation au quart inférieur de la jambe, à lambeaux antérieur et postérieur presque égaux. Les ligatures faites avec du fil ordinaire, trempées dans l'huile phéniquée, sortent par le côté interne. La plaie étant lavée avec la solution phéniquée à 5 0/0 et le sang bien arrêté, les lambeaux sont rapprochés et accolés sans suture, puis on applique le pansement ouaté d'Alphonse Guérin.

Les suites furent extrêmement simples. Le thermomètre, pendant trois jours, monta à peine d'un degré et redescendit ensuite de façon que le processus post-opératoire pût être considéré comme tout à fait apyrétique. Il n'y eut ni malaise, ni douleurs, ni ébranlement quelconque. Au douzième jour, le premier appareil étant enlevé, on trouva à peine quelques traces de sang desséché et de pus sur la couche de mousseline immédiatement appliquée sur le bout du moignon. Toutes les ligatures, sauf une, s'étaient détachées d'elles-mêmes. La réunion immédiate était complète à la face profonde des lambeaux, et si avancée sur leur bord cutané qu'elle était absolument achevée trois ou quatre jours après. Le moignon était aussi régulier que si l'on avait pratiqué la suture la plus minutieuse.

On dut provoquer une selle le troisième jour, mais à partir du lendemain de l'opération, l'appétit, les digestions, le sommeil, l'état moral ne laissèrent rien à désirer; le soulagement était extrême.

Les symptômes thoraciques ne subirent aucune modification fâcheuse et parurent plutôt s'amender; si on l'avait jugé nécessaire, on aurait pu faire lever le patient dès le quinzième jour.

Tout l'intérêt des suites se concentre sur l'analyse des urines, instituée avec le plus grand soin par M. Béhal, interne en pharmacie du service, pour surveiller la marche de la lésion rénale.

Pour avoir un terme de comparaison, on avait commencé les analyses avant l'opération, et le matin même, quelques heures avant qu'elle fût pratiquée.

L'examen du tableau précédent montre, après l'opération, d'abord une augmentation sensible de l'urée commençant vers le quatrième jour et se prolongeant jusqu'au dixième, puis un accroissement dans la quantité d'albumine rendue. Assez faible dans les trois jours qui suivirent l'amputation, cet accroissement se dessine nettement à partir du quatrième, de sorte que le cinquième et le sixième jour, on recueille jusqu'à 21 grammes de ce produit pathologique, quantité trois fois supérieure à celle qu'on avait notée avant l'intervention chirurgicale.

Il est bon de remarquer, d'ailleurs, que les ascensions des tracés de l'urée et de l'albumine coïncident avec la polyurie très manifeste dans la seconde moitié de la première semaine. Plus tard, en dépit de cette polyurie, qui se continue dans une partie de la semaine suivante, l'urée reprend son niveau tandis que l'albumine diminue manifestement.

Il est donc certain que l'acte opératoire a retenti sur l'état du rein et modifié, temporairement du moins, la composition de l'urine. Ni l'état général, ni l'état local n'ont paru toutefois s'en res-

sentir. La santé n'a nullement été troublée pendant la cure ; la cicatrisation a marché de la façon la plus favorable, et rien n'aurait pu faire soupçonner l'élimination plus abondante de l'albumine.

On ne saurait accuser le léger mouvement fébrile des premiers jours, puisque c'est précisément lorsque l'apyrexie a été complète, que se sont simultanément montrées la polyurie et les quantités plus grandes d'urée et d'albumine.

M. Redard, en terminant, rapproche son observation de celle qu'on trouve dans les *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil, et dans laquelle une opération, pratiquée chez un diabétique, augmenta subitement et presque du double la quantité du sucre dans l'urine[1].

Ces faits, ajoute-t-il, tendent à prouver que le traumatisme a le pouvoir de modifier les dyscrasies dans un sens défavorable.

Rapport. — L'observation de M. Redard est intéressante à divers points de vue : Un pauvre scrofuleux, en proie, depuis longtemps, à des suppurations multiples, atteint de lésions sérieuses du côté des poumons et des reins, presque cachectique en un mot, supporte admirablement une grande opération, et en ressent aussitôt les bienfaits.

Les douleurs cessent, la septicémie chronique disparaît, les symptômes thoraciques s'amendent, les fonctions digestives se restaurent, le moral se rassure ; le trauma évolue à souhait. Fièvre traumatique presque nulle, le thermomètre montant d'un degré à peine pendant les deux ou trois premiers jours ; puis, sous ce pansement ouaté, si simple, si commode, si efficace, et que je vois avec tant de regrets délaissé dans nos grandes villes, la cicatrice se fait toute seule aussi rapidement, aussi complètement, aussi régulièrement qu'avec la suture la plus exacte et le meilleur pansement antiseptique.

Je dis dans nos grandes villes, car, en province et dans les campagnes, beaucoup de praticiens ont adopté le pansement d'Alphonse Guérin, et s'en trouvent si bien qu'ils ne songent point à le remplacer.

Si, en suivant la marche de ce fait, on s'était contenté des explorations ordinaires, pouls, température, interrogatoire portant sur les grandes fonctions, on aurait pu croire que l'action chirurgicale était restée tout à fait circonscrite, et que l'économie n'en avait point été ébranlée ; on aurait pu supposer même que le trauma, agissant à la façon d'un révulsif, avait avantageusement modifié l'état des viscères antérieurement lésés.

[1] Vol. III. *États constitutionnels et traumatisme*, 1882, page 673.

Or, il en était autrement, et la composition des urines, indice fidèle et précieux des métamorphoses et des échanges nutritifs intimes, allait révéler une aggravation temporaire de l'affection rénale, ou, pour le moins, un retentissement non équivoque de la blessure sur la glande malade.

Dans le cas actuel, l'augmentation même considérable de l'albumine n'a pas troublé sensiblement la santé, mais elle n'en démontre pas moins, avec la dernière évidence, ce fait général qui ne saurait être trop mis en relief, à savoir, *l'action aggravante du traumatisme sur les propathies ou états pathologiques antérieurs.*

Les chirurgiens, je l'accorde, ne contestent pas cette action si manifeste, mais ils n'en tiennent que médiocrement compte, et, en tout cas, ne s'arrêtent pas pour si peu quand ils pèsent les contre-indications opératoires, et lorsqu'ils cherchent à expliquer les insuccès de leur pratique.

Au jour où nous vivons, l'attention des praticiens est exclusivement fixée sur l'asepsie des blessures et l'apyréxie des blessés. Le catéchisme opératoire est aussi simplifié que possible.

Hors de l'asepsie, point de salut.

Avec l'asepsie, plus de dangers.

L'apyréxie impliquant l'asepsie, le thermomètre, presque à lui seul, dicte le pronostic.

Tout se réduit à prévenir et à combattre la septicémie. Tout se résume dans l'emploi des agents antiseptiques: spray, catgut, solutions faibles, solutions fortes, instruments neufs, mains propres, etc.

A quiconque est outillé ainsi, tout est permis, car plus rien n'est grave.

Celui qui ose dire qu'on peut mourir après une opération antiseptiquement pratiquée et apyrétiquement conduite, risque d'être fort malmené par les apôtres et les pontifes de la religion nouvelle.

Hélas ! que n'en est-il ainsi, et pourquoi la colonne mortuaire des statistiques opératoires n'est-elle pas encore entièrement vide!

Il faudrait pourtant se résoudre à dire la vérité. Certes, nul ne met en doute, et moins que personne à coup sûr que votre rapporteur, qui bataille sans relâche depuis 1869, nul ne met en doute, dis-je, les immenses services rendus par l'inauguration de la doctrine septicémique et de la méthode antiseptique, qui en est l'application immédiate. Mais tout en célébrant le progrès en vertu duquel a été supprimé le plus grave peut-être des trois facteurs du pronostic opératoire — *blessure, blessé, milieu* — il faut pourtant reconnaître que les deux autres sont malheureusement encore debout, et que s'il n'y a pas d'antiseptique capable d'atténuer la

fatalité d'une plaie de l'aorte, du cœur ou du bulbe rachidien, l'extermination du vibrion septique n'empêche point le traumatisme d'être d'une gravité exceptionnelle chez le diabétique, le leucocythémique, le cirrhotique, etc.

Pour lutter contre l'entraînement et les erreurs qui jettent actuellement la chirurgie dans une voie regrettable, les avertissements paternels aussi bien que les objurgations violentes resteraient sans effet ; mieux vaut réunir patiemment des faits précis, indiscutables en assez grand nombre et démontrant :

1° Qu'abstraction faite des complications venues du milieu ambiant — septicémie, pyohémie, érysipèle, etc., — le traumatisme à lui seul, par lui-même, léger ou grave, prémédité ou accidentel, intervenant sur des sujets antérieurement atteints de lésions, d'affections ou de maladies diverses, peut exercer, et souvent, en effet, exerce une action puissante sur lesdites lésions, affections et maladies ;

2° Que cette action intrinsèque, qu'elle soit locale, c'est-à-dire limitée au point blessé et à ses alentours, ou générale, c'est-à-dire étendue à l'économie tout entière, peut être *salutaire* ou *nuisible*, — salutaire, quand le trauma supprime ou modifie heureusement la propathie, ce qui est le but de la médecine opératoire, — nuisible, quand il aggrave la lésion, l'affection ou la maladie préexistante ; enfin, à la fois salutaire et nuisible, cas moins rare qu'on ne le pense, quand une opération pratiquée chez un diathésique, par exemple, guérit d'une part une manifestation locale, et de l'autre précipite la marche de la maladie constitutionnelle vers l'issue fatale ;

3° Que cette aggravation plus ou moins latente, plus ou moins prompte à se produire, plus ou moins persistante, peut aller jusqu'à la mort inclusivement sans l'intervention d'aucune des complications classiques et communes du traumatisme : septicémie, pyohémie, érysipèle, gangrène, hémorragie, tétanos, etc., et alors que le trauma évolue de la façon la plus simple, la plus bénigne, la plus régulière ;

4° Que si la mort, en pareille occurrence, est due plutôt à la maladie, qui est aggravée, qu'au trauma qui l'aggrave, ce dernier doit cependant partager, et assez largement même, la responsabilité, puisque sans lui la propathie aurait pu guérir ou rester stationnaire ou n'entraîner que beaucoup plus tard la terminaison funeste ;

5° Que les catastrophes résultant à la fois des états morbides antérieurs et du trauma surajouté sont fréquentes, qu'elles sont actuellement en majorité dans les tableaux de mortalité du traumatisme, précisément parce que les causes mésologiques de la

mort des blessés ont diminué presque jusqu'à disparaître. Que si cette fréquence a été méconnue jusqu'à ce jour, c'est parce que les complications traumatiques ordinaires survenant autrefois chez la presque totalité des blessés et opérés qui devenaient malades ou qui mouraient, masquaient les accidents intrinsèques et faisaient croire à leur rareté ;

6° Qu'un certain nombre de morts attribuées au fameux choc traumatique dont on attend toujours la définition, la description et l'explication, ou à d'autres états non moins vagues, collapsus, sidération, épuisement nerveux, etc., sont simplement la conséquence de l'aggravation plus ou moins rapide d'une affection siégeant dans un viscère important ou d'une dyscrasie compromettante pour la vie et parvenue à un degré avancé.

Le praticien, pénétré de ces vérités si claires, si élémentaires qu'on hésite à les répéter, se rappellera :

1° Que tout trauma chez un sujet atteint d'une tare locale ou constitutionnelle entraîne à sa suite deux ordres de dangers, les uns partant du foyer traumatique, les autres se développant aux lieux tarés ;

2° Que si la méthode antiseptique, si justement célébrée, prévient ou supprime fréquemment les premiers dangers en assurant presque toujours l'évolution régulière du trauma, elle reste, en revanche, souvent impuissante contre l'impulsion donnée à la propathie préexistante ;

3° Qu'elle n'empêche nullement, par exemple en cas de blessure ou d'opération, le délirium tremens chez l'ivrogne, la colique néphrétique chez le graveleux, l'accès de goutte chez le podagre, l'attaque rhumatismale chez l'arthritique, les paroxysmes fébriles ni les hémorragies périodiques chez les paludiques ; les syphilides au point blessé et l'exostose tertiaire au lieu contus, etc.; qu'en un mot, elle a sa sphère de puissance et non l'omnipotence absolue qu'on veut lui accorder ;

4° Qu'en fin de compte et comme conclusion pratique, il est nécessaire, pour soigner une blessure, entreprendre une opération, en porter le pronostic, en assurer le succès, de poursuivre sans doute l'asepsie et l'apyrexie, mais de s'occuper avec un soin égal du personnage particulier qu'on soigne et de l'état organique dans lequel il se trouve.

Mais peut-être trouvez-vous bien longues ces propositions générales et attendez-vous ces faits démonstratifs dont je proclamais plus haut l'utilité. Je vais tâcher de vous satisfaire.

J'ai publié moi-même ou fait publier déjà par mes chers disciples, bien des observations qui prouvent l'action funeste exercée par le traumatisme sur les états antérieurs. Dans un certain

nombre de ces cas, on insiste sur ce point spécial que la mort ne semble causée par aucune des complications ordinaires des blessures. Un individu affecté de cancer interne méconnu porte en même temps une tumeur périphérique ; on opère cette dernière, on panse antiseptiquement, et le lendemain ou les jours suivants, sans complication locale quelconque, l'opéré tombe dans un état particulier d'affaissement physique et de stupeur morale, et succombe. A l'autopsie, on ne trouve rien autre chose que le néoplasme intérieur trop tardivement reconnu[1].

J'ai toujours présent à l'esprit ce diabétique, dont j'ai déjà publié l'observation.

Il était en apparence robuste et bien portant. Une nuit, il est apporté à l'hôpital : une roue de wagon venait de lui écraser l'avant-pied. Le matin même, à dix heures, l'état général étant satisfaisant, je pratique l'amputation tibio-tarsienne.

Journée et nuit bonnes, apyrexie complète. Le lendemain matin, 37°,1, calme parfait, mais bientôt, stupeur, refroidissement périphérique, subdelirium. Pouls à 118, puis à 140, Température, 36°,8. Mort la nuit suivante, à peine quarante heures après l'opération. Il y avait asepsie absolue de la plaie et apyrexie complète, tendance même à l'hypothermie.

Voici un fait inédit, tout récemment observé :

Je fus appelé, le 9 novembre 1882, auprès de M. W..., atteint d'étranglement herniaire. La hernie, crurale, du volume d'un petit œuf de poule, habituellement maintenue par un bandage, était sortie depuis trente heures. On avait fait sans succès une tentative, d'ailleurs modérée, de taxis sans anesthésie.

Je compte peu sur les moyens thépeuratiques dans l'étranglement de la hernie crurale, mais il n'y avait ni vomissements, ni sensibilité du ventre ; un lavement avait amené, peu de temps avant ma visite, une évacuation assez abondante, aussi je consentis à employer les moyens usités en pareil cas : application de glace sur la tumeur, nouveau lavement purgatif, diète, bains, etc. Il fut convenu qu'on me rappellerait le soir, si les accidents se produisaient avec quelque gravité.

Je dirai de suite que la perspective de la kélotomie, dont je suis d'ailleurs très partisan et que je pratique en général le plus tôt possible, me causait quelque appréhension. M. W... avait cinquante-deux ans, mais il paraissait plus âgé de dix ans au moins. Grand, maigre, pâle, à figure sérieuse et triste, il paraissait souffrant et l'était en réalité. Dyspeptique à un très haut degré depuis de lon-

[1] On trouvera une collection de faits de ce genre dans l'importante thèse de l'un de mes meilleurs élèves, le docteur Cerné, de Rouen.

gues années, il avait failli succomber cinq ans auparavant et ne s'était rétabli qu'à la faveur du régime lacté continué pendant plusieurs mois. Il avait souvent des coliques, avec alternatives de diarrhée et de constipation ; les selles étaient parfois teintées de sang qui ne provenait ni d'hémorroïdes, ni d'autre affection rectale. Si le mal eut été moins ancien et si j'avais pu sentir quelque induration par le palper abdominal, j'aurais diagnostiqué une production maligne siégeant dans le ventre ou sur le trajet de l'intestin.

La journée se passa assez bien, car je ne fus pas rappelé; mais la nuit fut mauvaise, le ventre se ballonna, quelques nausées se manifestèrent et l'étranglement se dessina nettement.

Le lendemain matin, à la première heure, ayant constaté cette aggravation, j'endors le malade avec le concours de deux honorables praticiens de la ville, MM. Loiseau et Avezou, et, après avoir fait encore avec ménagement quelques tentatives de taxis, je procède à la kélotomie.

L'opération fut très facile. Le sac renfermait un peu de sérosité rougeâtre, une masse épiploïque assez considérable et une anse d'intestin grêle en bon état. Comme j'en ai l'habitude, je désinfectai soigneusement le sac, puis je débridai dans l'étendue de quelques millimètres, fis rentrer l'intestin, liai et réséquai l'épiploon, enfin, fermai le sac à l'aide de trois points de suture; la plaie étant lavée avec l'eau phéniquée forte, les bords s'affrontèrent d'eux-mêmes, laissant passer seulement les fils. Une compresse de mousseline pliée en plusieurs doubles fut appliquée sur la plaie, puis par-dessus une bonne couche d'ouate, maintenue par un bandage triangulaire.

Les suites furent d'une extrême simplicité : cessation des coliques, du ballonnement du ventre, issue facile des gaz par l'anus, sensation de bien-être, apyrexie complète ; bouillon, eau rougie pendant les premières vingt-quatre heures ; une garde-robe spontanée eut lieu le lendemain de l'opération. Pour n'y plus revenir, je dirai que la plaie, pansée tous les deux jours d'abord, puis tous les jours, avec la gaze phéniquée, se comporta de la façon la plus bénigme : ni inflammation, ni gonflement; à peine un léger liséré rouge ; suppuration très peu abondante. Les bords, toutefois, bien qu'en contact, ne se réunirent point. Les fils tombèrent spontanément à divers intervalles, le dernier vers le quinzième jour. Au 2 décembre, la plaie était complètement close, à l'exception d'une petite surface mesurant à peine un centimètre d'étendue, par laquelle se fit ce jour-là, sans cause appréciable, une hémorragie de peu d'importance sans doute, mais qui nous parut de mauvais présage. Même absence complète d'accidents vers la cavité abdo-

minale ; il n'y eut jamais la moindre complication du côté du péritoine ni de l'intestin. Le ventre resta sans cesse indolent et souple, à ce point que je rejetai l'hypothèse d'une tumeur que la maigreur du sujet et le peu de résistance de la paroi du ventre auraient laissé facilement reconnaître.

On peut dire, sans aucune exagération, qu'à partir du troisième jour, tout ce qui était relatif à l'étranglement herniaire et à la kélotomie était entièrement terminé.

En revanche, l'état général alla toujours en s'aggravant depuis l'opération jusqu'à la mort, survenue le vingt-sixième jour. Les fonctions mécaniques de l'intestin se rétablirent, à la vérité, mais non la puissance digestive ; du premier au dernier moment, l'anorexie fut presque complète ; le bouillon, le lait seuls étaient tolérés ; de temps en temps, le malade mangeait un peu de viande ou un œuf frais, mais toujours sans plaisir et comme par raison. On employa tous les moyens capables de ranimer l'appétit : alcooliques légers, champagne frappé, pepsine, quinquina, tisanes amères : tout fut inutile. On obtenait facilement des garde-robes, soit à l'aide de lavements, soit par l'administration de quelques minoratifs légers. La soif était tantôt ordinaire, tantôt très vive ; la langue, tantôt humide, tantôt sèche. Nous crûmes à l'existence de la glycosurie, mais plusieurs analyses restèrent négatives ; les urines, plutôt rares, étaient généralement chargées d'urates ; la palpation des reins ne révéla rien ; le poumon et le cœur ne furent jamais intéressés ; le tracé thermométrique indiqua toujours une apyrexie absolue ; le moral resta mauvais : anxiété, émotion extrême, crainte continue de la mort.

Le phénomène le plus saillant était la faiblesse, portée à ce point qu'on pouvait à peine soulever le patient dans son lit sans provoquer une défaillance. Dans le courant de la deuxième semaine. M. le Dr Loiseau prit M. W. dans ses bras pour le porter dans un autre lit ; cette manœuvre, qui dura moins d'une minute, fut suivie d'une syncope qui dura plus d'un quart d'heure et alarma beaucoup notre confrère.

Lorsque survint la petite hémorragie dont j'ai parlé plus haut, la pâleur était extrême. Le jour suivant, on constatait une teinte subictérique très prononcée des conjonctives, puis un œdème des deux jambes qui n'avait pas existé jusqu'alors. Ces symptômes appelaient naturellement l'attention sur le foie, qui n'était pas douloureux, mais dont les dimensions me parurent extrêmement réduites. Aussi je portai le diagnostic de cirrhose ancienne.

Les renseignements fournis par le médecin et les parents du malade m'apprirent qu'à l'intensité près, les troubles que nous avions sous les yeux s'étaient déjà présentés à diverses reprises

dans le courant des dernières années, cinq ans auparavant surtout, où l'on avait cru la mort prochaine.

Peu de jours après, M. W. s'éteignait sans souffrance, d'inanition véritable.

Il est clair que je ne me reproche pas d'avoir fait la kélotomie, puisque devant certains cas d'urgence les contre-indications disparaissent presque entièrement. Mais il n'en est pas moins vrai que l'étranglement et son traitement ont, sans l'intervention de la septicémie, réveillé et aggravé une lésion viscérale antérieure jusqu'à la mort inclusivement, et cela avec d'autant plus de facilité que l'accident nouveau et le trauma opératoire portaient précisément sur l'appareil digestif antérieurement atteint de désordres anciens et sérieux.

Ces faits ne se rencontrent pas seulement dans ma pratique ; ceux qui veulent bien ouvrir les yeux les apercevront partout. Dans l'observation suivante, c'est encore une affection du foie, méconnue et latente du reste, qui s'aggrave inopinément sous l'impulsion de la blessure d'un orteil, suivie d'adénite suppurée, et enlève en quatre jours un homme de quarante-quatre ans, jouissant en apparence d'une bonne santé.

Entre le trauma du pied, qui a marqué le début des accidents, et l'affection hépatique qui en a décidé la marche et la terminaison, s'interposent à la vérité une adénite simple, puis une périadénite suppurée, et enfin un phlegmon diffus sous-péritonéal ; mais les anneaux de cette chaîne sont si bien unis que, sans l'affection hépatique, le trauma aurait définitivement guéri sans accidents et que, sans le trauma, la cirrhose aurait peut-être laissé vivre le patient pendant quelques années encore.

Au reste, voici une analyse de ce cas, recueilli par un jeune médecin plein de zèle et d'instruction, M. le Dr Picqué, chef de clinique chirurgicale à la Charité [1].

B..., 44 ans, journalier, dit jouir d'une bonne santé habituelle. Le 25 mai, écrasement du gros orteil, qui se cicatrise en six semaines. Quelque temps après la blessure, toutefois, apparaît une tuméfaction inguinale qui cause d'abord de la douleur et de la gêne dans la marche, puis s'aggrave assez pour forcer le patient à s'aliter d'abord le 10 juillet, puis à entrer à l'hôpital le 25. On constate, à cette époque, de la fièvre avec insomnie, inappétence, etc. Dans l'aine, empâtement dur, avec œdème et rougeur occupant le bas de la paroi abdominale et le haut de la cuisse ; fluctuation proonde assez manifeste ; on diagnostique un adéno-phlegmon fémoro-iliaque.

[1] *Gazette médicale de Paris,* 12 janvier 1883.

Le 26, ouverture de l'abcès au niveau de la gaine du psoas, issue d'un demi-litre de pus, lavage à l'eau phéniquée au 40e ; drainage.

Le 27, écoulement d'une grande quantité de pus ; soulagement considérable ; état général meilleur, apyrexie complète.

Le 29, la suppuration a beaucoup diminué, même apyrexie; on pouvait croire à la guérison prochaine.

Le 4 août, sans cause appréciable, la fièvre s'allume, et on voit apparaître une légère teinte subictérique du tégument.

Le 5, teinte noire des urines, due à la présence de la matière biliaire ; dépôt d'acide rosacique sur les parois du vase ; diarrhée abondante ; température normale ; ni hypothermie, ni fièvre.

Le foie, augmenté de volume, descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes ; œdème bilatéral des jambes et de la paroi abdominale.

Aucune complication du côté de la plaie.

L'état s'aggrave les jours suivants ; l'ictère et l'œdème augmentent ; le ventre est très sensible sans ballonnement ; respiration embarrassée ; mort le 8 au matin.

A l'autopsie, on trouve dans le péritoine 7 à 8 litres de sérosité ascitique avec quelques fausses membranes flottantes ; pelvi-péritonite commençante ; infiltration purulente sous-péritonéale de la fosse iliaque interne, dont le foyer cloisonné communique par un trajet passant sous l'arcade crurale avec la cavité ouverte à la cuisse. Un diverticulum contient du pus crémeux non fétide.

Les reins sont atteints d'une dégénérescence graisseuse très avancée ; le foie, enveloppé de fausses membranes épaisses, est volumineux ; il pèse 2,250 grammes ; sa surface est granuleuse, la coupe est jaunâtre, le tissu résiste au tranchant du bistouri. Il est atteint en un mot, de cirrhose avec dégénérescence graisseuse très avancée. Cœur et poumons sains.

L'auteur conclut avec raison que le malade est mort par le foie; ce malade avait travaillé antérieurement dans des fabriques de phosphore et d'arsenic ; mais la cirrhose était plus probablement due à l'alcoolisme.

Mais on dira peut-être que ces accidents ne se produisent qu'en France, où, paraît-il, on ignore la méthode antiseptique et la manière de s'en servir. N'en croyez rien, messieurs ; dans ces pays même où des chirurgiens sans pareils pratiquent une chirurgie qu'on dit incomparablement supérieure à toutes les autres, certains blessés meurent encore, et qui pis est, meurent de blessures qu'aucune septicémie cependant n'est venue compliquer ; et des opérés traités aussi antiseptiquement que possible meurent encore et même en nombre d'autant plus grand que dans ces mêmes pays, on ne

semble pas se douter qu'il existe des contre-indications opératoires et des états généraux qui interdisent toute action sanglante.

Ouvrez les recueils allemands et vous y verrez très souvent que l'asepsie la plus complète du trauma opératoire n'a pas empêché les opérés d'aller rejoindre leurs ancêtres. C'est, j'en conviens, un grand bonheur de succomber antiseptiquement, sans être misérablement rongé par le vibrion putride; il est également fort honorable d'être tué par les agents antiseptiques eux-mêmes, tels que l'acide phénique ou l'iodoforme qui, paraît-il, sont coutumiers du fait en certaines contrées; mais peut-être serait-il encore préférable de mourir de sa belle mort et par les progrès naturels de l'affection préexistante, qui assombrit tellement le pronostic opératoire. On y gagnerait le plus souvent quelques mois au moins d'existence.

Mais revenons aux faits. En voici un des plus curieux.

Femme, soixante et un ans, atteinte depuis six ans de diabète, qui au début n'avait pas été diagnostiqué. Il y a trois ans, on découvrit la maladie et on envoya la malade à Carlsbad. Le sucre diminua très rapidement, mais ne disparut pas complétement. L'année suivante, retour à Carlsbad avec le même résultat.

A cette époque, on constata dans le sein droit une petite nodosité dont on ne se soucia pas, parce qu'elle ne causait aucune douleur.

L'année suivante, la tumeur grossit et devint douloureuse et l'opération fut résolue; la tumeur avait le volume d'un œuf de poule, sans adhérence de la peau et sans engorgement des ganglions de l'aisselle.

Opération le 4 janvier 1880. En considération du diabète antérieur, on observa rigoureusement les précautions du pansement antiseptique.

Au commencement, l'état fut excellent; bon appétit, pas la moindre fièvre; le pansement fut changé le 8 pour la première fois. Comme la plaie était réunie par première intention, et qu'il n'y avait pas la moindre sécrétion, on enleva les sutures et le drain. On appliqua cependant encore sur la plaie un pansement avec la pommade à l'acide borique. Quelques jours plus tard, la malade se leva et marcha dans sa chambre, joyeuse d'une si prompte guérison. Au huitième jour, en effet, elle était si bien guérie que M. Rosenberger ne la visita plus.

Au quatorzième jour, cependant, le chirurgien fut rappelé. La malade était couchée avec la peau chaude, la langue sèche, sans accuser cependant de douleur déterminée. La plaie examinée ne montra ni gonflement, ni rougeur, ni érysipèle; dans l'angle interne, un petit point correspondant au drain n'était pas encore

tout à fait guéri; il y avait là des bourgeons pâles, qui furent touchés avec une solution de chlorure de zinc. Les recherches les plus minutieuses ne purent faire découvrir les causes de la fièvre. Le soir, cette fièvre augmenta eucore, et le lendemain se montra la forme la plus nette d'une sepsie très intense. Fièvre très vive, dureté de l'ouïe, peau brûlante, langue sèche, délire. La malade succomba le 17 au matin, étant depuis douze heures tout à fait sans connaissance.

L'autopsie ne peut être faite. La tumeur était un carcinome squirrheux (*Wilhelm Muller, Aerzt. Intelligenzblatt*, 10 octobre 1882.)

Je remarque qu'on n'a point songé à examiner les urines, ni avant ni après l'opération, ni au moment où les accidents ont éclaté; — que la mort est survenue comme elle survient souvent chez les diabétiques, et qu'il ne s'agit nullement ici d'une septicémie chirurgicale; — qu'enfin on connaissait l'existence du diabète, mais qu'on ne semble avoir pris avant l'opération, ni pendant les suites, aucune précaution thérapeutique, ni boisson alcaline, ni médicament interne; on ne parle pas même du régime suivi. On a pris en considération le diabète, mais seulement pour appliquer rigoureusement les précautions du pansement antiseptique. Ce n'était pas assez.

Le cas suivant confirme amplement mes prévisions, car l'auteur du récit rapporte lui-même la mort à sa cause réelle, c'est-à-dire à l'affection antérieure. Mais il se garde de se demander s'il fallait amputer, et si le traumatisme opératoire, malgré son succès local, n'a pas été l'agent du réveil fatal de la péritonite. C'est de cette manière que, pour ma part, j'interprète ce fait malheureux.

Péritonite ancienne; ostéomyélite du tibia; amputation de la cuisse, guérison de la plaie; mort le onzième jour de péritonite purulente. (Leisrink et Alsberg, de Hambourg, *Arch. fur klin. Chirurgie*, vol. XXVIII, p. 248.)

H. O..., treize ans, bonne santé antérieure; le 1er juin, chute sur le ventre, immédiatement suivie de douleurs violentes. Péritonite partant vraisemblablement du cœcum. Pendant l'été, l'automne, et jusqu'au commencement de l'hiver, alternatives d'amélioration et d'aggravation de cette péritonite. Épanchement depuis plusieurs semaines. La fièvre continue, la diarrhée, l'alimentation insuffisante affaiblissent considérablement l'enfant. Au commencement de décembre, douleurs violentes dans la jambe droite, avec fièvre intense. Entrée à l'hôpital le 26 décembre 1881.

Jambe et pied droits très gonflés; peau rouge, œdématiée; dou-

leur extrêmement vive au moindre contact. Adénite inguinale, lymphangite, rate grosse; température 38°,9; ventre gonflé, douloureux au toucher; matité latérale; forte diarrhée, point d'albumine dans l'urine.

On diagnostique une ostéomyélite infectieuse.

Le 28, amputation de la cuisse à deux lambeaux antérieur et postérieur. La veine crurale est thrombosée; les tissus autour de la lymphangite sont infiltrés de pus. La plaie est enduite d'iodoforme et on la panse avec la ouate iodoformée.

Le soir, 38°,8; pouls bon. Jusqu'au 31 tout va bien; l'enfant se nourrit et la température revient à la normale. Guérison de la plaie par première intention. Mais dans les premiers jours de janvier, l'opéré retombe; la diarrhée augmente et les douleurs du ventre reparaissent.

Mort le 8 janvier, onze jours après l'opération.

A l'autopsie : Péritonite purulente chronique partant du cœcum. Moignon guéri. Os sain.

Je trouve dans le même mémoire, à la page 246, un autre fait où l'asepsie complète de la plaie d'une résection de la hanche n'empêcha pas la mort de survenir au vingtième jour. L'issue fatale de cette opération, bien peu indiquée d'ailleurs, car il s'agissait d'un rhumatisme blennorrhagique datant de vingt-trois jours, est attribuée naturellement à l'iodoforme, qui a bon dos et qui ne proteste pas. Mais je crois bien plutôt pouvoir l'attribuer à un rhumatisme cérébral, provoqué, sinon aggravé par une opération au moins inutile et qu'aurait remplacée sans danger le redressement avec le chloroforme et l'immobilisation du membre dans la gouttière de Bonnet. Au reste, voici le fait, qui permettra de juger de la vraie cause de la mort :

W..., vingt-huit ans, entra à l'hôpital le 9 septembre 1881. Il a dans ces derniers temps mené une vie très déréglée et fait surtout des excès vénériens. Trois semaines avant son entrée, blennorrhagie traitée à l'aide de fortes injections. Il y a quatorze jours, fièvre avec douleurs violentes dans l'épaule droite et la hanche gauche. Celles de l'épaule guérissent par la glace et l'acide salicylique; celles de la hanche deviennent de plus en plus vives. Frissons répétés, la blennorrhagie n'est pas encore guérie. La hanche, fort tuméfiée, est très douloureuse au moindre contact et au plus petit mouvement; raccourcissement de deux contimètres. Acide salicylique et applications de glace. Température du soir, 39°,6.

Jusqu'au 18 octobre, le mal s'aggrave en dépit de tous les moyens. La température monta jusqu'à 40°,2; perte d'appétit;

affaissement, raccourcissement de 5 centimètres. Mouvements convulsifs du membre pendant le sommeil.

Résection de la hanche le 18 ; point de pus dans l'articulation ; col du fémur rugueux; surface de la tête rouge, molle, fongueuse, recouverte d'une graisse fluide; acétabulum également ramolli; raclage de la synoviale; section du col avec la scie. Iodoforme, drain, suture, extension.

Pendant la cure se développa une psychose, avec des alternatives de dépression et d'excitation et une température élevée. *La plaie reste tout à fait aseptique.* Mort le 8 novembre, de décubitus gangréneux. Dans les derniers huit jours, la connaissance n'était point revenue :

L'asepsie n'a pas été moindre dans la circonstance qui suit :

Un vieillard extrêmement anémique et décrépit était atteint d'une tumeur maligne de la prostate, grosse comme une pomme de moyen volume et causant un ténesme continuel. Pour apporter un adoucissement aux douleurs, on fait, le 24 décembre, l'extirpation de la prostate, on coud la vessie à la portion membraneuse, on suture la plaie rectale, puis on panse à l'iodoforme, bien entendu. L'hémorragie ne fut pas aussi forte qu'on aurait pu le craindre ; insomnie, vomissements répétés, beaucoup de douleurs, point de fièvre jusqu'au 2 janvier. Naturellement, cette belle opération entraîne le douzième jour la mort, causée, paraît-il, par l'épuisement. L'autopsie démontra que toute cette grande plaie était tout à fait aseptique.

On peut juger, comme aurait dit le Marseillais légendaire, de ce qui serait arrivé si la bienfaisante asepsie avait fait défaut !

Je pourrais, messieurs, soyez-en sûrs, remplir bien des pages de faits pareils, relatifs à des tuberculeux, à des cancéreux, à des diabétiques, à des cardiaques, à des sujets atteints d'affections anciennes du foie, du tube digestif ou des reins, succombant plus ou moins brusquement aux suites d'opérations brillamment exécutées irréprochablement soignées, mais ayant le défaut majeur d'avoir été faites inopportunément et en dépit des contre-indications.

Maintes fois déjà, j'ai signalé cet écueil de la pratique chirurgicale dans les écrits périodiques et dans les congrès médicaux; mais jamais je n'ai porté directement devant vous cette question capitale *des effets funestes du traumatisme sur les propathies.*

Suivant la remarque fine et très exacte d'ailleurs, qui en a été faite par un jeune chirurgien hollandais, mes communications dans les Sociétés savantes et les congrès internationaux ont été écoutées jusqu'ici avec une *attention polie,* mais n'ont jamais soulevé de discussion contradictoire étendue. Aussi, j'ai cru qu'il était préférable d'exposer devant une réunion de chirurgiens français des vues

et opinions qui demandent à être approuvées ou combattues, mais en tout cas examinées et jugées.

Ce n'est pas sans dessein, d'ailleurs, que je provoque ici même un débat. Pour des raisons diverses que personne n'ignore, les écoles chirurgicales de notre époque sont en lutte ouverte et ardente, lutte qui, malheureusement n'est pas toujours courtoise. Or, pour ma part, je suis las et irrité de voir sans cesse notre chirurgie française prise en pitié, méprisée, insultée même, et ne suis pas moins peiné de voir quelques-uns de nos compatriotes saluer plus volontiers les drapeaux étrangers que de soutenir le nôtre et de le relever au cas où il serait descendu.

Je crois pouvoir m'accorder de n'avoir jamais dénigré aucune personne ni aucune chose; bien souvent j'ai vivement défendu et propagé de mon mieux des idées grandes et utiles, théoriques ou pratiques, de quelque pays qu'elles vinssent. C'est pourquoi, pratiquant l'équité pour tous, je réclame pour notre science nationale sinon l'enthousiasme, du moins le respect et la justice; mais je ne puis croire que nous en soyons réduits à imiter servilement les autres et qu'il nous faille copier jusqu'à leurs exagérations et leurs erreurs; non, je n'accepte point que nous soyons muets dans le concert scientifique actuel; parce qu'on ne nous trouve plus à l'extrême avant-garde dans la région des aventures retentissantes ou désastreuses, on croit que nous avons déserté le combat, quand nous avons simplement changé de terrain et porté ailleurs notre activité.

Après avoir, avec Velpeau, Lisfranc, Roux et tant d'autres, avec l'écraseur linéaire et le thermo-cautère, fait pour la technique opératoire autant, je le pense, que nos rivaux, nous avons cessé d'inventer des méthodes et des procédés pour nous occuper, comme le voulait notre illustre Malgaigne, de la valeur réelle et du degré d'utilité de ces méthodes et de ces procédés.

Si nous paraissons rejeter au second rang la médecine opératoire, c'est pour mettre au premier la thérapeutique chirurgicale. Si nous montrons peu d'empressement à extirper les cancers du larynx et de l'utérus, à réséquer l'œsophage, le pylore, le poumon, à lier ou à suturer l'aorte, etc., c'est que notre solide bon sens gaulois nous a fait sans peine entrevoir la destinée inévitable de ces extravagantes vivisections, et qu'il nous a paru inutile de vanter aujourd'hui ce qu'il aurait fallu rejeter demain.

Si, dans nos salles de chirurgie, nous hésitons beaucoup à transporter les résultats obtenus dans les laboratoires d'expérimentation, c'est que, sous plus d'un rapport, nous n'assimilons pas l'homme aux batraciens, aux rongeurs, ni même aux mammifères les plus élevés dans l'échelle animale.

Et pourquoi, d'ailleurs serions-nous donc si humbles? Un progrès immense s'est accompli. La doctrine septicémique et la méthode antiseptique ont révolutionné la chirurgie moderne et l'ont couverte de gloire; mais notre pays n'a-t-il donc pas sa part dans ce grand événement? Faut-il donc rappeler aux gens à courte mémoire Gaspard et Sédillot, à un bout de la série, et à l'autre, Pasteur, que l'on a le droit de célébrer même de son vivant? Nous estimons à sa haute valeur notre sympathique ami Lister, mais nous tenons en grand honneur le pansement de notre éminent ami Alph. Guérin.

Relevons donc la tête, car, en vérité, nous en avons le droit; les chirurgiens français sont aujourd'hui, pour l'immense majorité, prudents, réfléchis et surtout profondement humains; ils ne sacrifient point le *tuto* au *cito*; ils pèsent soigneusement le pour et le contre de leurs actions; ils opèrent moins sans doute, mais rien ne prouve qu'il guérissent moins de malades; si leur œuvre est moins hardie, elle est à coup sûr de beaucoup moins meurtrière.

Pour être moins ardents et moins prompts à saisir le couteau et à se prosterner devant ce dieu du jour, ils n'en travaillent pas moins utilement aux progrès de notre art, car, ils cherchent sans cesse à fixer les bases du traitement des affections chirurgicales, plus étendues, plus multiples qu'on ne le croit, puisque, dans les cas où l'intervention est ou semble nécessaire, il faut successivement peser et résoudre les questions relatives

A l'indication opératoire,
A la contre-indication opératoire,
A l'opportunité opératoire,
A la préparation opératoire,
A la sélection opératoire,
A la technique opératoire,
A la thérapeutique opératoire,
A l'efficacité opératoire, enfin, jugée par les résultats ultérieurs des opérations.

Il me paraît, messieurs, que si notre école française arrive avant ses rivales à résoudre ces questions, nous pourrons nous consoler de n'avoir pas été les premiers à employer le thymol ou à réséquer le pylore.

M. le Président. L'importance de la question soulevée par M. Verneuil m'engage à vous proposer de la mettre à l'ordre du jour

M. Trélat. Puisque la grosse question soulevée par notre collègue est mise à l'ordre du jour d'une de nos prochaines séances, je me bornerai à de courtes remarques.

Il y a trois choses dans la communication de M. Verneuil.

Au début, une observation discutable au point de vue des démonstrations qu'elle fournit sur l'influence des traumatismes.

En second lieu, des déductions importantes appuyées sur des faits. Sur ce point, il est incontestable que l'état de l'organisme influence le sort et le résultat de nos opérations, mais il y a lieu de faire ici des distinctions et des réserves avant d'admettre une proposition trop générale.

Enfin, je m'associe aux chaleureuses paroles de M. Verneuil pour revendiquer la vraie place de la chirurgie française. Sans abandonner la recherche des habiletés opératoires qui est pour nous un patrimoine, nous sommes par éducation, par nature, par l'organisation de nos hôpitaux qui nous donnent des malades à soigner, par la thérapeutique médicinale autant que par les œuvres de la main, plus enclins que nos voisins aux délicatesses du diagnostic, aux sévères discussions des indications, aux déterminations précises des méthodes et des procédés.

Pour les mêmes raisons d'éducation, de nature et d'organisation hospitalière, la chirurgie étrangère, et particulièrement la chirurgie allemande, tend à devenir exclusivement opératoire. L'amphithéâtre est un atelier où le succès final, le succès bienfaisant et durable n'est pas toujours en rapport avec l'entreprise exécutée presque avant d'avoir été conçue.

Il n'y a vraiment pas lieu d'abandonner notre voie. Retournons-nous et voyons ce qu'est devenue depuis trente ans la grande question des résections articulaires dans les affections chroniques des jointures. Quelle fièvre de résection sévissait alors autour de nous? Aujourd'hui le procès est gagné, en France et hors de France. A force de mieux soigner nos malades, nous avons fini par déterminer les véritables indications opératoires. — Quand elles se présentent, nous les remplissons; — mais combien sont-elles plus rares qu'on n'affectait de le croire à l'étranger, et qui dira le nombre de jointures que nous avons sauvées du couteau et de la scie?

Cet exemple est encourageant. Profitons-en et gardons notre esprit de travail, de prudence et de bon sens.

M. Després. Je me réserve de prendre la parole quand la discussion sera mise à l'ordre du jour.

Mais, dès maintenant, je tiens à constater que certains chirurgiens qui, en 1860, étaient enthousiastes de la chirurgie étrangère ont, grâce à l'âge et à la maturité, modifié leurs idées, et viennent dire aujourd'hui que ce n'est pas aux seuls pansements qu'il faut s'attacher, et puisque nous avons touché à la comparai-

son entre la chirurgie anglaise et la chirurgie française, je dirai aussi mon opinion; si nous opérons moins en France, c'est que, sans regarder à la position sociale des malades, nous ne faisons en aucun cas bon marché de la chair humaine et nous ne gaspillons pas à tort et à travers les membres des pauvres.

M. le Président. Ce qui importe, c'est la question du terrain opératoire, c'est la seule discutable, et celle dont l'étude sera mise à l'ordre du jour.

M. Verneuil. Si on veut me le permettre je formulerai la question de la manière suivante :

De l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.

Ce que prouve mon rapport, c'est que le traumatisme est susceptible d'aggraver l'état antérieur.

Lectures.

M. Blum lit un travail intitulé : Orteil à marteau. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Chauvel, Sée et Nepveu.

Présentation de malade.

M. Després présente un malade amputé de cuisse, qu'il avait déjà présenté à la Société, 21 jours après l'amputation. Il fait voir sur son malade les bons effets de la rétraction cicatricielle et en conclut à l'excellence de l'amputation circulaire dont les membres de la Société n'avaient pu juger les vrais résultats, car avec le temps, les moignons des amputations circulaires deviennent très bons.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le Secrétaire,
Ch. Perier.

Séance du 21 février 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine* ;

2° *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (11e fascicule de 1882) ;

3° M. le Dr Louis Oliveres, de Badajoz (Espagne), adresse un travail sur le glaucome ;

4° Des lettres de candidature pour la place de membre titulaire, adressées par MM. Blum, Schwartz, Kirmisson et Humbert ;

5° M. Nicaise offre de la part de M. Millet une observation de kyste hydatique de la prostate. (Rapporteur : M. Nicaise) ;

6° M. Terrier offre de la part de M. Piéchaud une observation de hernie ombilicale étranglée. Opération suivie de guérison. (Commision : MM. Delens, Gillette, et Terrier, rapporteur) ;

7° M. Lizé, du Mans, membre correspondant, adresse à la Société l'observation suivante :

Fissure à l'anus succédant à une chute du rectum chez une enfant de 4 ans.

La fissure à l'anus s'observe rarement chez les petits enfants. Elle est causée par les efforts de défécation qui amènent une déchirure superficielle de la muqueuse rectale, au-dessus ou au niveau de l'anus.

Dans ma longue pratique, je l'ai observée une seule fois, et cela chez une petite fille atteinte de chute du rectum.

Après la guérison de cette affection, la jeune Dangeard (de Coulaines), âgée de 4 ans, souffrit longtemps en allant à la garde-robe. Il en résultait des douleurs réflexes très aiguës dans le ventre, revenant chaque jour depuis 3 heures du soir jusqu'au lendemain matin.

Son père, instituteur à Coulaines, me fit appeler, dans les premiers jours de février, pour lui donner des soins.

L'examen de l'anus fit découvrir une fissure, rosée, mesurant à peu près 1 centimètre de diamètre, et située à plus de 1 centimètre

au-dessus de l'anus, qui était le siège d'un vif érythème et d'une très forte contracture.

Pendant quatre jours, un suppositoire, contenant 2 grammes de beurre de cacao et 1 gramme d'extrait de ratanhia, fut introduit dans le rectum, et une prise de sulfate de quinine de 25 centigrammes fut administrée 6 heures avant les crises névralgiques.

Au bout de ce temps, une grande amélioration survint; plus de douleurs spontanées dans le ventre, et presque plus de douleurs en allant à la selle.

Trois petits lavements de 100 grammes d'eau et de 1 gramme d'extrait de ratanhia pour chaque, terminèrent la guérison.

Nota. — Dans la chute du rectum chez les enfants, il est à propos de noter cette particularité : c'est que les efforts de défécation peuvent déterminer une déchirure superficielle de la muqueuse qui tapisse le pourtour de l'anus.

Communication.

M. Parrot, invité à exposer ses idées sur les *rapports qui existent entre le rachitis et la syphilis héréditaire*, remercie la Société, et, après avoir placé sous ses yeux une riche collection de pièces anatomiques et de nombreux dessins explicatifs, prend la parole :

Les lésions du rachitis sont connues depuis longtemps ; l'étude des lésions de la syphilis héréditaire est de date plus récente ; je m'y suis adonné depuis un certain temps. Au début, bien que trouvant de grandes analogies entre les lésions de ces deux maladies, comme j'étais imbu des idées régnantes, je me suis efforcé de déterminer des caractères à l'aide desquels on pourrait les différencier.

Mais en dépit d'études prolongées, je n'ai pu y arriver ; j'ai reconnu que ces deux états pathologiques étaient unis par un lien très intime. Si j'avais, pendant longtemps, méconnu cette parenté, c'est que je n'avais pas saisi le fil conducteur. Je n'avais pas encore vu que les lésions sont dans un rapport très étroit avec l'âge des enfants, c'est-à-dire l'âge de la maladie. Imaginez une personne, qui, n'ayant vu du blé qu'en herbe, se trouverait en présence d'une tige de blé mûr. Elle ne pourrait croire qu'il s'agît d'une même plante et que la même graine a produit le brin d'herbe et l'épi mûr. Au contraire, elle saisira parfaitement cette relation

si elle surveille attentivement le champ où la graine a été jetée et où elle a subi toutes ses transformations.

Eh bien ! le rachitis peut-être comparé à l'épi mûr, c'est la lésion ultime de la semence syphilitique, mais elle a passé par des intermédiaires, et l'on ne peut établir la relation entre le point de départ et le point d'arrivée qu'en étudiant un grand nombre de malades de différents âges.

Afin de démontrer chez un enfant l'existence de la syphilis héréditaire, il faut trouver des preuves en dehors de l'affirmation des parents ; car ils peuvent ne pas savoir qu'ils ont eu la syphilis ou ne pas vouloir en convenir.

Ce problème, je crois l'avoir résolu à l'aide d'un ensemble de signes tirés soit des accidents actuels, si la syphilis est dans sa période d'activité, soit par les empreintes qu'elle a laissées lorsqu'elle est éteinte.

Les accidents de la période active sont bien connus ; je n'énumererai pas devant vous toutes les variétés de syphilides de la peau ou des muqueuses, ni les diverses affections viscérales.

J'insisterai pourtant sur une syphilide spéciale de la langue, que j'ai nommée syphilide desquamative ; étudiée par divers observateurs, elle a été bien décrite dans la thèse de M. Bridou, mais je suis le premier qui l'aie rattachée à la syphilis héréditaire.

Quant aux empreintes laissées par le mal, elles ont une importance capitale. Il y en a de deux sortes. En première ligne les stigmates de la peau, les cicatrices cutanées. Ces cicatrices sont toujours les mêmes, elles ont toujours la même forme, et un siège d'élection, et c'est de leur localisation qu'elles tirent leur principale valeur. C'est à la partie postérieure et inférieure du tronc, au niveau du sacrum et du coccyx, et sur les membres inférieurs en arrière, notamment sur les fesses et les cuisses, qu'elles sont le plus nombreuses et le plus nettes.

En seconde ligne, viennent les traces laissées sur les dents. Plus je vois, et plus je suis convaincu que toutes les fois que les dents présentent ces déformations, il s'agit bien de syphilis héréditaire.

On peut ranger les modifications que les dents subissent en cinq variétés. En les désignant sous la dénomination commune d'atrophie, je les qualifierai de : cupuliforme, sulciforme, cuspidienne, en Hache, d'Hutchinson.

Cette atrophie peut atteindre toutes les dents, à l'exception des secondes et troisièmes molaires et des prémolaires permanentes. Elle s'observe sur les mêmes dents, suivant le même ordre, à un âge où la syphilis héréditaire est en activité, et pas à un autre

âge, ce qui me suffit pour ne pas admettre l'explication donnée par M. Magitot, — qui la fait dériver d'accidents convulsifs.

Ainsi, la syphilis héréditaire se révèle d'une part par des éruptions cutanées, une affection desquamative de la langue et des altérations viscérales, de l'autre par des cicatrices cutanées, et une atrophie particulière du système dentaire. Voilà pour le diagnostic. — Je passe maintenant à la seconde partie de ma communication.

A partir des derniers mois de la vie intra-utérine, jusqu'à une époque qui n'atteint jamais la deuxième dentition, on trouve une lésion du squelette polymorphe, systématique, topographique, toujours la même pour un même âge et qui a pour terme une altération identique au rachitis. Or, les enfants atteints de la sorte, dans l'immense majorité des cas, présentent des signes incontestables de syphilis héréditaire. Ces lésions osseuses peuvent être rangées sous trois types principaux qui correspondent à trois époques successives de l'enfance, ce sont par ordre de date : 1° celui des *ostéophytes durs* ; 2° celui de *l'atrophie gélatineuse;* 3° celui du *tissu spongoïde.* Le mal ne débute pas nécessairement par la première forme, mais par l'une quelconque d'entre elles ; suivant l'âge auquel la syphilis entre en activité.

S'il a passé par les trois phases, il retient toujours des formes précédentes quelque chose qui indique le passage de l'une à l'autre. La première forme se rencontre chez les fœtus, et environ jusqu'à deux mois après la naissance ; passé cet âge, c'est la deuxième forme ; parfois très prématurément, mais, en général, après la première année, c'est le type spongoïde que l'on observe.

Sur les pièces et les dessins que je vous présente, vous voyez nettement les caractères de ces différents types, et les nuances intermédiaires.

La lésion du premier est caractérisée par le développement autour de la diaphyse d'ostéophytes avec fibres osseuses perpendiculaires à cette diaphyse et les os où elle est le plus marquée, le plus typique et où il faudra toujours la chercher, comme d'ailleurs celle des deux autres, sont le tibia, surtout à la face interne, l'humérus à la partie inférieure et à la face postérieure.

Le type de l'atrophie gélatiniforme est caractérisé par l'apparition, dans certaines parties du tissu spongieux et même de la diaphyse, d'un tissu, mou, aqueux, transparent, analogue à de la gelée ; il se substitue au tissu de l'os, et peut aboutir au crâne à la perforation des tables et du diploé ; c'est quand il envahit les os des membres qu'on observe ces brisures, qu'il ne faut pas confondre avec les décollements épiphysaires. Elles déterminent une im-

potence que j'ai qualifiée de pseudo-paralysie syphilitique et que l'on a si souvent prise pour une paralysie infantile.

A la troisième période apparaît le tissu spongoïde, la médullisation, la décalcification qui avait commencé dans la précédente et c'est alors que l'os ne diffère en rien de l'os rachitique.

Les lésions de ces trois périodes sont caractérisées surtout par les ostéoplastes affectant un siège qui est toujours le même et des apparences très voisines les unes des autres. Or, ces productions ont une structure identique, étant formés par des espaces médullaires à direction perpendiculaire à l'axe de la diaphyse et séparés par des trabécules, où l'on voit non des ostéoplastes mais des corpuscules spéciaux.

Les deux premiers types se rencontrent toujours sur des syphilitiques. Est-il possible que le troisième ne reconnaisse pas pour origine la syphilis héréditaire, surtout si l'on observe que 90 fois au moins sur 100, dans ce dernier cas, cette maladie peut être démontrée. Il resterait 10 cas à expliquer ; mais devant l'identité de lésions, et l'insuffisance de toute autre explication, il me paraît impossible de ne pas rattacher ces 10 cas à la syphilis. D'ailleurs, en bonne pathologie, n'est-il pas naturel d'admettre que dans ces 10 cas il a pu exister une lésion interne, ou qu'une syphilide cutanée n'a pas laissé de traces et surtout que le système osseux a été seul atteint. Ce qui donne une grande valeur à cette dernière hypothèse, c'est que dans le syphilis héréditaire, de tous les organes, les os sont le plus fréquemment atteints à la première comme à la dernière période.

Peut-on croire d'ailleurs qu'une altération aussi spéciale, aussi considérable, si nettement confinée dans une certaine période de la vie infantile, que l'est le rachitis, ne reconnaisse pas, sans exception, une seule et même cause. Peut-on la faire dériver de cette étiologie disparate, compréhensive, contradictoire, qui est encore généralement admise ?

A quelles causes, en effet, rapporte-t-on ce mal ?

Van Swieten accuse les parents trop jeunes ou trop vieux, oisifs, scrofuleux, phthisiques, etc. M. Jules Guérin, qui d'abord avait incriminé un allaitement trop prolongé, argue aujourd'hui d'un sevrage précoce.

M. Seeman dit qu'il s'agit d'un défaut de confection de l'acide chlorhydrique par l'estomac, d'où résulte un travail chimique incomplet de ce viscère, entraînant une insuffisance d'absorption des sels de chaux ; mais dans le rachitis il y a autre chose qu'une décalcification simple. Pour Broca et M. Gamba, il suffisait d'un trouble nutritif quelconque dans le premier âge, mais cela n'est

Paris. — Soc. d'imp. PAUL DUPONT (Cl.). 51.3.83. Le Gérant, G. MASSON

pas admissible; j'ai occasion de voir en grand nombre des enfants dont la nutrition est des plus imparfaites et qui ne sont pas rachitiques.

Je ferai la même objection à M. Bouchut, qui fait jouer un rôle prédominant à l'entérite.

J'ajouterai que des enfants gros et gras appartenant à des familles riches, peuvent être rachitiques, et que beaucoup d'enfants peuvent habiter des endroits obscurs et humides, être insuffisamment vêtus, et ne pas être rachitiques. On comprend que toutes les causes débilitantes peuvent préparer le terrain, mais si bien préparé qu'il soit, s'il n'y a pas de germe, le rachitis n'y poussera pas. Le germe nécessaire, c'est la syphilis héréditaire, et je crois l'avoir démontré à l'aide de preuves tirées de l'anatomie pathologique et de la clinique.

M. Magitot. — Après l'exposition magistrale que la Société vient d'écouter avec tant d'intérêt, j'éprouve véritablement quelque embarras à formuler des réserves et des objections sur l'interprétation donnée par M. Parrot à un certain signe que présenteraient les dents, sous l'influence de la syphilis héréditaire. Ce signe, que M. Parrot n'hésite pas à déclarer pathognomonique de syphilis héréditaire, puisqu'il l'appelle, avec M. Hutchinson, *syphilis dentaire*, consiste, ainsi qu'on sait, dans ces lésions indélébiles, de la couronne, surtout des dents permanentes, et qui ont reçu le nom d'*érosion*.

Or, l'érosion est caractérisée, tantôt par ces échancrures demi-circulaires, ou en *coup d'ongle*, du bord libre, tantôt, par des sillons simples ou multiples, linéaires ou pointillés, tantôt encore par des bandes, atrophiques, en *nappe*, *ou gâteau de miel*, etc. Toutes dispositions auxquelles M. Parrot a donné certains noms qu'il a rappelés tout à l'heure, et sur le mécanisme desquelles nous sommes d'ailleurs entièrement d'accord, notre divergence ne portant que sur la question étiologique.

Il est en effet démontré que, sous l'influence de la cause *perturbatrice*, quelle qu'elle soit du reste, qui a produit l'érosion, la formation des tissus de l'émail et de l'ivoire a été troublée ou interrompue pendant un temps plus ou moins long. Il découle de là, comme conséquences :

1° Que les lésions de la couronne occupent toujours une région identique aux dents homologues, qui ont évolué simultanément;

2° Que l'étendue de l'altération est proportionnelle à l'intensité et à la durée de la cause productrice. Il y a donc là des rapports chronologiques rigoureux.

Les pièces que M. Parrot vient de mettre sous nos yeux repré-

sentent les diverses formes connues de l'érosion, et toutes se rattacheraient dans l'opinion qu'il défend, à cette même origine, la syphilis héréditaire. Sa conviction est même si profonde à cet égard qu'il n'hésite pas, sur la seule constatation de la lésion dentaire, à affirmer la syphilis. L'érosion figure donc avec les stigmates cutanés ou muqueux, et avec les lésions du squelette dans l'ensemble des signes indéniables de la diathèse.

Nous ne voulons pas nous laisser entraîner ici dans les détails d'un débat qui s'est élevé déjà, à plusieurs reprises, entre mon savant maître et moi sur cette question de sémiologie rétrospective (1).

Qu'il nous soit permis seulement de reproduire quelques arguments contre la thèse qui vient d'être de nouveau défendue devant nous avec tant de talent et de conviction.

Voici ces arguments :

1° Les lésions caractéristiques de l'érosion dentaire se rencontrent chez des sujets absolument indemnes de tout soupçon de syphilis héréditaire.

Nous avons rapporté et publié à ce sujet un grand nombre d'observations empruntées à divers auteurs ou recueillies par nous-mêmes ; observations qui ne nous laissent aucun doute à cet égard ;

2° Des sujets notoirement atteints et convaincus de syphilis héréditaire n'offrent pas l'érosion. Les jeunes enfants que M. Parrot présente aujourd'hui à la Société sont précisément dans ce cas.

Quant aux pièces qui sont sous nos yeux, et sur lesquelles s'observent à la fois les lésions osseuses du rachitis et les lésions dentaires de l'érosion, l'histoire des sujets n'est point là pour nous dire si d'autres perturbations morbides de la première enfance ne sauraient être invoquées à l'égard des lésions dentaires.

Ajoutons ici une considération qui a bien son importance : c'est que, les altérations du squelette sont des lésions de l'ordre *pathologique,* tandis que l'érosion est d'une toute autre nature. C'est une perturbation ou un arrêt de développement intra-folliculaire de l'organe en évolution, c'est-à-dire un fait *tératologique.* Or, la coïncidence des deux lésions d'une origine si dissemblable n'implique pas l'identité de cause. Je ne discute pas si le rachitis est ou non syphilitique, mais je conteste que l'érosion dentaire puisse s'y rattacher.

[1] *Voy.* Congrès de l'Association française, Reims, 1880. — *Gazette des hôpitaux,* 1881, p. 585 et suiv. — Congrès des Sciences médicales de Londres, 1881, t. IV, p. 35 et 128. — *Gazette des hôpitaux,* 1881, p. 891 et suiv.

3° L'érosion dentaire, dans ses formes les plus caractéristiques, n'est pas exclusive à l'homme, et se retrouve chez certains animaux domestiques que la syphilis n'atteint pas.

Tel est le fait, si démonstratif, que nous avons montré et dans lequel deux incisives de bœuf portaient un sillon d'érosion parfaitement égal et symétrique.

4° La syphilis héréditaire est d'ailleurs incapable, suivant nous, de produire à elle seule les lésions dentaires caractéristiques de l'érosion.

Il est loin de notre pensée, toutefois, de nier l'influence d'une telle diathèse ou de toute autre de nature héréditaire sur la constitution des dents; tout au contraire, et nous estimons que cette influence est considérable, mais c'est sous un aspect différent qu'elle se présente; les dents de la syphilis infantile sont petites, atrophiées, difformes, de constitution anatomique et chimique profondément troublée, mais d'une façon uniforme et générale. Ces lésions n'ont rien de commun avec l'érosion, elles peuvent se caractériser par deux mots que nous empruntons à M. Alfred Fournier, *l'amorphisme* et *l'atrophie.*

Quant à la cause particulière à laquelle nous attribuons l'érosion des dents, elle résiderait, suivant nous, dans certaines perturbations profondes de la nutrition et des troubles du système nerveux central à invasion brusque, et qui se caractérisent chez le nouveau-né et chez l'enfant par les manifestations extérieures de l'éclampsie.

M. Després. Il y a une dizaine d'années, M. Parrot faisait part à la Société anatomique de ses recherches relativement aux différences qui existaient entre la syphilis héréditaire et le rachitis. Aujourd'hui il est arrivé à démontrer qu'il n'en existe pas.

Je ne crois pas pouvoir laisser dire sans protester que la syphilis est l'unique cause du rachitis. Voici un fait : un père et une mère non syphilitiques ont trois enfants, les deux premiers sont des filles non rachitiques, le troisième, venu six ans après le premier, et deux ans après le second, est un garçon rachitique. Il faut admettre, dans la théorie de M. Parrot, que les parents sont devenus syphilitiques après la naissance du second enfant, ou que la syphilis héréditaire a une prédilection pour les garçons. Non; mais depuis la seconde fille, le père est devenu alcoolique, son troisième enfant a été rachitique et a guéri. Il y a donc des exceptions, elles seraient même dans la proportion de 10 0/0. Cela ne doit-il pas suffire pour empêcher d'établir une loi générale. C'est pourquoi je m'insurge, au nom de mon expérience personnelle, contre cette théorie absolue. A côté de parents non syphilitiques

qui ont eu des enfants rachitiques, je pourrais présenter à M. Parrot des enfants non rachitiques dont les parents avaient eu pourtant la syphilis. Je crois donc pouvoir dire qu'il n'y a pas pour le rachitis une cause unique.

M. Parrot montre à la Société trois enfants rachitiques portant les stigmates de la syphilis.

M. le Président adresse, au nom de la Société, des remerciements à M. Parrot.

Rapport.

Fistule de la région lacrymale d'origine dentaire.

M. Després. Vous avez chargé, Messieurs, une commission com posée de MM. Farabeuf, Le Dentu et de votre rapporteur, de vous rendre compte d'une observation de fistule de la région lacrymale d'origine dentaire, qui vous a été présentée par M. le Dr Parinaud.

Voici d'abord l'observation :

Observation. L'enfant que je présente à la Société de chirurgie est atteint d'une affection qui a toutes les apparences d'une fistule lacrymale ; c'est en réalité une fistule dentaire. Ce n'est pas précisément sur cette similitude que j'appelle l'attention, mais sur une variété de fistule spéciale à l'enfance, que j'ai déjà signalée. (Des suppurations de la paupière, etc. *Arch. gén. de méd. et de chir.*, 1880) et dont ce malade offre un exemple.

Cet enfant, âgé de sept ans, présente au-dessous du grand angle de l'œil gauche une tumeur d'aspect inflammatoire, sur laquelle on découvre un orifice fistuleux. Par son siège et ses caractères, l'affection donne immédiatement l'idée d'une fistule lacrymale, mais il est facile de s'assurer, à l'aide d'injections, que le canal nasal est parfaitement perméable et que la fistule n'a aucun rapport avec la cavité du sac. L'exploration à l'aide du stylet ne révèle aucune altération osseuse sous-jacente. La suppuration a beaucoup diminué depuis quelque temps et paraît sur le point de s'éteindre.

Du côté de la bouche, il existe, dans le cul-de-sac vestibulaire, au niveau de la canine supérieure du même côté, un second orifice fistuleux. Les deux incisives permanentes supérieures sont en voie d'évolution. La première molaire était absente quand j'ai vu le malade il y a huit jours. Il ne restait des dents de première dentition, à ce niveau, que la canine que j'ai fait enlever et qui présente, outre l'érosion des racines, une carie de la couronne. On ne trouve dans le cul-de-sac gingivo-labial aucune trace de cordon

reliant les deux orifices cutané et muqueux. Il n'existe pas non plus entre eux de communication perméable aux injections, comme cela s'observe quelquefois dans les cas de ce genre.

Les renseignements sur le début de l'affection, quoique incomplets, sont intéressants à noter. Il y a deux mois, le malade est pris d'une fluxion du côté gauche de la face. Huit jours après apparaît, au-dessous du grand angle de l'œil, un point inflammatoire qui s'abcède et s'ouvre spontanément. La fluxion a disparu au moment de la formation de l'abcès. Le pus s'est collecté de nouveau et, à deux reprises différentes, a dû être évacué à l'aide du bistouri.

On connaît un certain nombre d'observations de fistules de la région lacrymale sans aucune relation avec l'appareil lacrymal, Mackensie signalait le fait et admettait des fistules lacrymales dues à des lésions osseuses en rapport avec la scrofule et même la syphilis. Mais c'est seulement depuis que Velpeau a décrit les fistules de la joue d'origine dentaire que l'on a commencé peu à peu à découvrir dans des parties même éloignées de la bouche des fistules liées à des altérations dentaires, et que l'on a moins parlé de scrofule. Peu à peu les fistules dentaires de la fosse canine ont été découvertes. M. Parinaud a rassemblé quelques exemples de fistules dentaires périorbitaires. M. Magitot m'a parlé déjà de faits semblables il y a plusieurs années et j'en avais observé moi-même quelques-uns. Chez des adultes, comme chez des enfants, les deux plus remarquables sont un cas de fistule au-dessous du sac lacrymal et un cas de fistule immédiatement en dehors du trou sous-orbitaire et au-dessus. Ces faits sont rares néanmoins et il est bon de les étudier à fond lorsqu'ils se présentent. C'est pourquoi je prendrai ici la liberté d'insister.

Il y a quelque chose à ajouter aux remarques dont M. Parinaud a fait suivre cette observation : les moyens de diagnostic et la théorie de la propagation de la suppuration.

S'il y a une dent évidemment malade et qui a été à un moment la cause d'une gingivite locale on ne saurait hésiter. Si la dent est malade seulement à sa racine sans lésion de la couronne la dent est néanmoins douloureuse au choc et au froid et l'on peut arriver au diagnostic. Mais il est un autre caractère tiré de la marche de la fistule qui peut éclairer : avant que la fistule se forme il y a eu des *abcès à récidive*, enfin comme l'a si bien fait remarquer M. Velpeau, l'orifice de la fistule est enfoncé pour ainsi dire dans les tissus au lieu de faire une saillie; il me semble que M. Parinaud n'a pas assez insisté sur ces signes.

Pour ce qui est de la propagation de l'inflammation, je ne suis pas satisfait de l'interprétation de M. Parinaud. La propagation de

la suppuration par les canalicules osseux n'est possible qu'à la condition de nécrose de l'os. En effet, on peut faire passer de l'eau à travers un os desséché et préparé, comme à travers une pierre ponce. Mais dans un os vivant, on ne fait rien passer ; là où il y a les orifices des canaux il passe des vaisseaux, il n'y a point de vide à moins que l'os ne soit entièrement nécrosé, c'est-à-dire mort.

Raisonnant par analogie, je propose une autre interprétation, les vaisseaux lymphatiques, source ordinaire de la suppuration, doivent intervenir ici. Les vaisseaux lymphatiques, les gencives, suivent les nerfs, les artères et la veine faciale. Ceux qui proviennent des gencives de la mâchoire supérieure se rendent les uns dans les ganglions carotidiens, les autres dans les ganglions qui se trouvent sur les côtes du pharynx et passent avec le nerf sous-orbitaire dans le trou sous-orbitaire. Alors on conçoit qu'il se forme des abcès d'origine dentaire sur le trajet de ces lymphatiques soit du côté de l'os malaire, soit du côté de la branche montante du maxillaire, comme nous voyons des phlegmons circonscrits autour des lymphatiques de la face interne de la cuisse ou du creux poplité à la suite des lésions de pied.

M. Parinaud s'était lui-même rendu compte de la faiblesse de sa théorie puisqu'il a dit que, dans les fistules qu'il a observées, il n'avait pas trouvé les os dénudés. Si la théorie était vraie, les os devraient toujours être dénudés puisque la suppuration aurait traversé les os, et que la suppuration d'un os entraîne toujours sa nécrose. La théorie de M. Parinaud est donc en partie vraie, seulement pour les cas où l'on trouve les os dénudés. Mais, même dans ces cas il suffit pour expliquer la migration du pus de supposer une extension en surface de l'abcès sous-périostique péri-alvéolaire formé au niveau de la racine de la dent malade.

Votre commission vous propose: 1° d'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de renvoyer l'observation de M. Parinaud au comité de publication.

M. Magitot. Le rapport de M. Després sur le travail de M. Parinaud soulève certaines considérations particulières parmi lesquelles je me bornerai aux deux remarques suivantes relatives à *l'étiologie* et au *mécanisme* des fistules faciales d'origine dentaire :

A l'égard de l'étiologie, il est bien entendu aujourd'hui qu'une fistule de cette origine ne saurait reconnaître pour cause telle ou telle lésion de l'organe dentaire indifféremment : il n'en est qu'une qui soit susceptible de la produire, c'est la *périostite alvéolaire*. La carie n'en saurait donc être dans aucun cas la cause directe et la périostite d'ailleurs est assez souvent primitive et essentielle, c'est-à-dire indépendante de toute autre lésion de l'organe.

En ce qui concerne le mécanisme, il convient de reconnaître d'abord qu'une fistule d'origine dentaire et l'abcès qui l'a précédée auront un siège et un trajet variable suivant le rapport anatomique qui existera entre le point de la racine affectée de la périostite et le vestibule de la bouche.

Si la périostite occupe une dent dont la totalité de la racine réponde à la cavité vestibulaire, l'abcès sera gingival et la fistule s'ouvrira dans la bouche.

Si, au contraire, le point frappé de périostite se trouve à un niveau plus profond que la limite du sillon du vestibule, le trajet se dirigera vers le tissu cellulaire de la face, et la fistule sera cutanée.

Tels sont les cas les plus ordinaires et on y retrouve aisément l'identité de niveau entre la lésion initiale périostique et l'orifice cutané ou muqueux de la fistule.

Il est cependant d'autres circonstances dans lesquelles une fistule de même origine vient aboutir à un point beaucoup plus distant : le bord orbitaire, la région lacrymale comme dans le cas rapporté par M. Parinaud, la région malaire, etc.

Pour les périostites des dents inférieures le trajet est parfois plus long encore, puisque des fistules dentaires viennent s'ouvrir à la région cervicale et jusqu'à la clavicule et au sternum.

Le mécanisme est ici un peu différent. Mais nous n'acceptons pas l'explication de M. Parinaud, qui fait progresser le trajet par les canalicules osseux, ni celle de M. Després, qui invoque le rôle des lymphatiques, dont l'existence dans le périoste dentaire est très problématique.

Nous pensons que le mode de propagation est ici fort simple : du point initial de la périostite, il se produit par continuité une ostéite de la paroi alvéolaire qui gagne de proche en proche le tissu osseux — soit en suivant le trajet du vaisseau, soit en progressant au sein même du maxillaire.— L'inflammation atteignant à un moment donné la surface de l'os y produit une ostéo-périostite phlegmoneuse qui envahit les parties molles voisines et s'ouvre vers la peau.

C'est par une telle voie que la fistule observée par M. Parinaud a gagné la région lacrymale. C'est par un trajet analogue que se produisent les abcès et les fistules de la région cervicale, lesquels peuvent, en outre, rencontrer dans les plans musculaires et aponévrotiques de la région des conditions favorables à leur transport à une plus grande distance encore.

M. Terrier. Le travail de M. Parinaud a déjà paru dans les *Archives de médecine*, en 1880, depuis j'ai relaté deux faits où des

fistules qui avaient une origine dentaire, auraient pu donner le change à un observateur superficiel et être prises pour des fistules lacrymales ; l'explication donnée par M. Magitot, d'une ostéite par propagation s'applique très bien aux faits de ces deux malades.

M. Anger. Je ne crois pas à l'ositée intermédiaire entre la dent malade et le point osseux d'où part la fistule, car l'ablation d'une racine a suffi chez une jeune fille de 18 ans, que je soignais à Cochin, pour guérir en quelques jours une fistule dentaire, et je ne crois pas qu'une ostéite déjà ancienne guérisse avec une telle rapidité.

M. Desprès. Je dirai à M. Terrier que ce n'est pas un mémoire que nous a adressé M. Parinaud, c'est l'observation d'une malade qu'il avait présentée à la Société, observation qu'il a fait suivre d'une théorie.

Je répondrai à MM. Magitot et Anger, que je n'admets pas la propagation par ostéite, mais bien par la voie des lymphatiques comme le prouve l'engorgement ganglionnaire. On me dit qu'il n'y a pas de lymphatiques dans le périoste, je dis qu'on en trouvera.

M. Trélat. Je ne puis admettre le mode de discussion employé par M. Després, qui annonce la future découverte des lymphatiques parce que leur présence est utile à sa théorie. Le périoste enflammé communique son inflammation aux tissus voisins, et c'est de ces tissus secondairement atteints que part la lymphangite qui gagne les ganglions.

M. Magitot. L'adénite est l'exception et quand on l'observe, il y a eu préalablement gingivite secondaire.

M. Desprès. Je sais qu'on ne peut pas séparer le périoste du tissu de la gencive, et comme le périoste alvéolo-dentaire se continue avec le précédent je vois là un seul tissu auquel les lymphatiques ne font pas défaut.

Les conclusions du rapport de M. Després sont mises aux voix et adoptées, en ce qui concerne les remerciements à adresser à l'auteur, dont le travail sera déposé aux archives.

Présentation de pièce.

Tumeur interstitielle de la paroi recto-vaginale.

Cancer de l'extrémité inférieure de l'iléon et de la valvule iléo-cœcale. — Tumeur cancéreuse secondaire de la paroi recto-vaginale,

Par M. Nicaise.

Une femme de 60 ans, domestique, entre le 26 septembre 1882, dans mon service à l'hôpital Laënnec, salle Chassaignac, n° 9.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Réglée à 20 ans.

Menstruation régulière, peu abondante ; n'a jamais eu d'enfant ni de fausse couche.

Pas de maladies antérieures.

L'affection actuelle aurait débuté il y a deux ans ; des troubles gastro-intestinaux, inappétence, digestions difficiles, alternatives de constipation et de diarrhée, tels sont les phénomènes initiaux.

Quelques mois plus tard, des vomissements glaireux et alimentaires, des douleurs abdominales vagues, un amaigrissement rapide, la perte des forces sont venues compléter ce tableau symptomatique.

A part ces troubles fonctionnels, la malade n'a pas présenté d'autres symptômes, pas de mélœna, pas d'hématémèse.

Etat à l'entrée. — Amaigrissement, teinte cachectique, jaune paille, affaiblissement, la malade ne quitte plus son lit.

Rien aux poumons, ni au cœur, urines normales.

Les troubles gastro-intestinaux sont très marqués, vomissements après chaque repas, diarrhée abondante.

Léger œdème des parois abdominales, un peu d'ascite. — La palpation du ventre ne fait découvrir aucune tumeur, ni au niveau de l'estomac, ni dans les fosses iliaques, ni dans les autres régions.

Pas de leucorrhée. — Par le toucher vaginal on ne peut sentir le col de l'utérus qui est porté derrière le pubis ; mais on reconnaît que la paroi postérieure du vagin est refoulée en avant ; la muqueuse vaginale est intacte.

Le toucher rectal montre que la paroi antérieure du rectum est aussi refoulée en arrière par une tumeur assez ferme, légèrement mamelonnée, qui occupe la cloison recto-vaginale et refoule ainsi le vagin d'un côté, le rectum de l'autre.

En pratiquant, en même temps le toucher rectal et la palpation abdominale sur l'hypogastre, je constate l'existence d'une petite tuméfaction surajoutée à la tumeur principale et que je suppose être l'utérus soulevé par la tumeur de la cloison.

L'état général de la malade, accuse l'existence d'un cancer, qui est probablement un cancer intestinal, mais sur lequel nous ne pouvons mettre la main.

La nature de la tumeur de la cloison reste indéterminée, la malade n'en souffre pas, et ne sait depuis quelle époque elle peut exister.

Les symptômes s'aggravent; un nouvel examen fait quelques semaines après l'entrée de la malade permet de constater de la tuméfaction et de la douleur en dedans et en haut de la fosse iliaque droite; la tumeur de la cloison recto-vaginale ne s'est pas modifiée.

La malade meurt le 12 novembre.

Autopsie. — Rien dans les organes thoraciques.

Dans la cavité abdominale, une petite quantité de sérosité. — Quelques brides et des adhérences sur le trajet du colon ascendant au niveau de la fosse iliaque droite, péritonite circonscrite et fausses membranes englobant l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, et le cœcum; en les séparant, on constate que l'extrémité inférieure de l'iléon est atteinte de cancer, qui a détruit une partie de la paroi, et aussi une partie de la valvule iléo-cœcale, et que l'ulcère cancéreux arrive jusque dans le cœcum. — Dans le bord adhérent de l'intestin grêle, on trouve trois noyaux cancéreux, dont l'un a le volume d'une noix et qui ont sans doute pour point de départ, de petits ganglions lymphatiques.

Organes du petit bassin. — Dans la cloison recto-vaginale, existe une tumeur lisse, légèrement mamelonnée, assez résistante, élastique ; elle est recouverte en haut par le péritoine en apparence sain, du cul-de-sac recto-utérin ; en avant elle est en rapport avec la face postérieure du col et la paroi vaginale ; en arrière elle recouvre le rectum. La muqueuse vaginale est saine, ainsi que l'utérus petit, atrophié et refoulé en haut et en avant par la tumeur. — Mais sur la paroi rectale on constate un commencement d'ulcération au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur ; la perforation n'est pas encore effectuée.

A la coupe, la tumeur de la cloison est formée d'un tissu colloïde, assez ferme, avec des tractus plus résistants.

Il s'agit là d'un cancer secondaire, de même nature que le cancer intestinal, et qui a sans doute pour point de départ de petits ganglions lymphatiques.

Plusieurs fois, j'ai rencontré autour de l'utérus cancéreux des noyaux arrondis, de cancer secondaire, du volume d'une noisette ou d'une noix et qui avaient probablement pour origine des ganglions de la région.

La rareté et la difficulté du diagnostic des tumeurs interstitielles de la cloison recto-vaginale m'ont engagé à vous communiquer ce fait.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire.

CH. PÉRIER.

Séance du 28 février 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires et les revues scientifiques publiés à Paris et en province.

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine* ;

3° *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*;

4° *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique. — Le British medical. — Le Siècle médical de Madrid.*

4° M. Cazin, de Berck-sur-Mer, membre correspondant, adresse un mémoire intitulé : *Le Rachitisme et la Syphilis.*

5° M. Giraud-Teulon offre, de la part de M. Brière, du Havre, une observation intitulée : *Tumeur dermoïde congénitale de la cornée.* (Commission : MM. Terrier, Giraud-Teulon et M. Poncet, rapporteur.)

Décès de M. le professeur Jules Cloquet.

Monsieur le Président,

Une de nos illustrations chirurgicales vient de disparaître. Vous savez déjà que le doyen des chirurgiens français, M. le baron Jules Cloquet, qui appartenait à la Société de chirurgie depuis de longues années, est décédé, il y a quelques jours, dans un âge très avancé (93 ans). Ses funérailles ont eu lieu aujourd'hui même, et notre Société a tenu à honneur de s'y faire représenter par une nombreuse députation. Notre collègue, M. Guyon, a bien voulu se faire l'interprète des regrets de la Société, en prononçant sur la tombe de l'illustre défunt, un discours qui sera lu dans la prochaine séance et publié dans nos Bulletins.

La longue existence de M. Cloquet peut être citée à tous égards comme un modèle; c'est une vie pleine de travail et de bienfaisance, couronnée par une vieillesse heureuse et justement honorée.

En raison de la haute personnalité de notre collègue défunt, votre bureau a pensé qu'il y avait lieu d'honorer sa mémoire en suspendant, pour cette séance, le cours de nos travaux.

En conséquence, la séance est levée.

La séance est levée à 4 heures.

Le Secrétaire,
CH. PERIER.

Séance du 7 mars 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux et revues publiés à Paris et en province ;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine*;

3° *British medical;*

4° M. Chauvel offre à la Société un ouvrage intitulé : *Précis théorique et pratique de l'examen de l'œil et de la vision*;

5° Des lettres de MM. Reclus et Bouilly, se portant candidats au titre de membres titulaires.

M. Guyon donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de la Société de chirurgie aux obsèques du professeur J. Cloquet.

Messieurs,

Le 14 janvier 1852, M. Jules Cloquet adressait à la Société de chirurgie de Paris, la demande du titre de membre honoraire, et, dans la séance même, nos collègues lui répondaient en le nommant par acclamation. La Société de chirurgie usait ainsi du droit que lui confèrent ses statuts, en appelant directement à l'honorariat un chirurgien éminent ; mais elle dérogeait à ses usages en affranchissant le nouvel élu des formalités du scrutin secret et en acclamant son nom.

M. Cloquet venait d'abandonner le professorat conquis par le concours et qu'il avait occupé pendant 21 ans. Après la période brillante et active, si pleine de labeurs incessants, de luttes retentissantes, de succès toujours légitimes, dont vous venez d'entendre l'histoire, M. Cloquet allait entrer dans une phase nouvelle, dans cette phase si rarement atteinte par ceux qui ont pris l'habitude d'augmenter l'intensité de la vie et qui ne songent ni à préparer, ni à traverser la vieillesse. Mais si notre illustre collègue abandonnait la pratique active de la chirurgie, s'il semblait renoncer à contribuer aux progrès d'une science qui lui est si redevable, il montrait qu'il voulait suivre sa marche et ne pas perdre de vue ceux qui essayaient à leur tour d'étendre ses limites et de perfectionner ses applications. Il venait, en commençant son repos, se mêler à eux, et celui que l'on pouvait déjà appeler le maître de nos maîtres prenait place dans une enceinte où l'on trouve, à côté de leurs anciens, les jeunes chirurgiens qui assurent l'avenir.

M. Cloquet fut fidèle à sa pensée, et, pendant plus de quinze années, nos bulletins témoignent de sa participation à nos travaux. Le chirurgien qui avait été le contemporain de Dupuytren suivait avec un intérêt qui ne s'est pas démenti l'évolution d'un art que l'on avait pu croire à son apogée, alors que dominait la haute personnalité du grand chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Il voyait la chirurgie s'engager dans les voies nouvelles et fécondes qu'elle parcourt sans s'être encore arrêtée et ne trouva jamais que le passé le plus glorieux pût limiter l'avenir.

L'intérêt des communications nombreuses de M. Cloquet portait sans doute sur le passé. Ce n'est pas sans une vive curiosité qu'on l'entendait parler des observations qu'il avait faites *plus de quarante ans auparavant* comme il le rappelait par exemple en 1858, à propos d'une discussion sur la fracture du col du fémur. Sa mémoire toujours fidèle, sa parole facile, élégante et correcte, sa manière simple, la bienveillance de ses observations retenaient et captivaient l'attention. Mais le passé ne lui servait pas seulement de texte. En 1855, à propos d'une communication de Denonvilliers sur les pansements à la glycérine, M. Cloquet se demandait si cette substance n'agissait pas comme un enduit isolant capable d'empêcher les germes de l'atmosphère d'être inoculés aux plaies exposées. C'est encore à notre compagnie que M. Cloquet communiqua son mémoire sur la *cautérisation appliquée au traitement des divisions du voile du palais*. Il nous donnait aussi, en nous montrant des dessins et des pièces remarquables, la primeur du mémoire qui lui ouvrit les portes de l'Institut [1].

[1] Mémoire sur les concrétions intestinales (entérolithes, égagropiles, etc.), lu à l'Académie le 20 janvier 1855.

Ce désir de ne rester étranger ni à la chirurgie, ni aux chirurgiens ne s'était pas affaibli, même dans les dernières années de sa vie, alors que les précautions les plus ingénieuses, inspirées par la sollicitude la plus vigilante et qui ont assuré sa longévité, le privaient d'assister aux séances des sociétés savantes. Tous ceux qui ont approché M. Cloquet savent avec quelle affabilité il recevait ses confrères, combien il sollicitait leurs conversations, avec quelle attention il écoutait leurs réflexions... Qu'y a-t-il de nouveau à la Faculté? Que fait-on? Que dit-on dans les Académies?... Telles étaient les interpellations qu'il adressait à ceux qui le visitaient, même dans les derniers temps de sa vie.

C'est, en effet, grâce à sa bienveillance, à sa parfaite aménité, à la culture de son esprit, que M. Cloquet a pu jouir du repos sans connaître l'ennui. C'est à ce besoin de rester mêlé aux choses qui avaient été l'aliment de sa jeunesse et de son âge mûr, aux hommes qui suivaient la carrière qu'il avait parcourue, que la Société de chirurgie doit l'honneur de compter le nom de Jules Cloquet parmi ceux dont elle a le plus à s'honorer.

Il a longtemps représenté parmi nous le lien qui nous unit aux glorieuses générations qui ont illustré la première moitié de ce siècle. La perte que nous faisons est d'autant plus grande qu'elle nous prive du dernier représentant de cette pléïade où brillent tant de noms justement illustres. La séparation qui nous est imposée ne saurait affaiblir notre attachement à ces grands souvenirs. C'est en restant les gardiens fidèles des traditions qui ont élevé si haut la chirurgie française que nous honorerons la mémoire de M. Cloquet. En saluant, au bord de sa tombe, celui qui fut le maître et l'exemple de beaucoup de nos maîtres, la Société de chirurgie affirme une fois de plus son entier dévouement à la science qu'elle a l'honneur de représenter, elle témoigne son affectueux et profond respect à ceux qui l'ont servie et illustrée.

Communication.

M. Trélat communique une note intitulée : *De l'étranglement dans la hernie inguinale congénitale, et en particulier : de l'étranglement siégeant en bas du sac au niveau du rétrécissement péritonéo-vaginal.*

A la fin du mois de janvier dernier, on amenait dans mon service un malade atteint de hernie inguinale étranglée. Ce malade fut d'abord vu par mon chef de clinique, M. Segond, qui réduisit la hernie. Le soir, la hernie se reproduisait, et c'est le lendemain

seulement que je vis le malade ; je l'opérai immédiatement, et je constatai une variété insolite d'étranglement. Ce malade vécut encore quarante-huit heures, puis il succomba avec persistance des phénomènes de l'étranglement, ce qui ne veut pas dire que l'étranglement lui-même avait persisté.

Le cas m'avait frappé ; je fis préparer les pièces, je les étudiai et je reconnus que nous nous étions trouvés en présence d'une hernie inguinale congénitale, affection qui, depuis dix ou douze ans, avait appelé mon attention d'une manière spéciale. Je réunis alors une quarantaine d'observations ayant quelque analogie avec la mienne, et, après les avoir examinées avec soin, je fis sur ce sujet une leçon clinique qui a été publiée, aujourd'hui même, par le journal *la Semaine médicale* [1].

Dans cette leçon clinique, j'ai développé les points suivants :

Les hernies congénitales sont des hernies graves, et cela pour des motifs divers. C'est dans cette variété de hernie que l'on observe les étranglements subits, les étranglements d'emblée. Ces étranglements ont des formes et des sièges particuliers et constants ; les plus fréquents sont placés à la partie interne ou supérieure du canal inguinal, quelquefois même dans le ventre ; les plus rares siègent à l'extrémité inférieure du sac herniaire, c'est-à-dire à la jonction du conduit vagino-péritonéal avec la tunique vaginale testiculaire. Ces divers sièges, je ne saurais trop le répéter, sont absolument constants ; aucune des observations que j'ai dépouillées avec le plus grand soin et qui, d'ailleurs, ont été également dépouillées par d'autres, ne permettent de croire qu'on puisse rencontrer un autre siège d'étranglement.

Je me suis efforcé également à démontrer que l'absence de diagnostic dans les étranglements de cette nature entraîne, en général, les chirurgiens à des temporisations regrettables, et qu'elle les pousse à exécuter une série de manœuvres dont les conséquences habituelles sont de fausses réductions, des réductions incomplètes, des réductions avec persistance de l'étranglement, ce que l'on appelle des réductions en masse. Ces particularités m'ont paru suffisantes pour expliquer, mieux qu'on ne l'a fait jusqu'ici, la gravité plus grande de ces étranglements.

J'ajoutais même, sans pouvoir toutefois en donner la preuve, que, dans ma pensée, les hernies inguinales congénitales étaient plus fréquentes qu'on ne le croit généralement et qu'une foule de variétés de sacs herniaires, décrits comme étant le résultat de complications, de resserrements, de déchirures de toutes sortes, pour-

[1] Le numéro de la *Semaine médicale* auquel M. Trélat fait allusion est le numéro du 8 mars 1883.

raient fort bien n'être autre chose que des hernies congénitales. A mon sens, c'est cette circonstance qui assombrit tout particulièrement le pronostic qui pèse sur les hernies inguinales étranglées envisagées dans leur ensemble.

Tels sont les points que j'ai développés dans cette leçon et sur lesquels je n'insiste pas, parce que la Société les connaît; ce ne sont pas là, en effet, des choses absolument neuves, bien qu'elles n'aient pas encore cours dans l'enseignement général.

Par une singulière concordance, le jour même de ma leçon, un de nos jeunes confrères, M. Ramonède, produisait sa thèse inaugurale qui est intitulée : *Le canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte*, thèse très remarquable à plus d'un titre, et que je déposerai sur le bureau de la Société pour le concours du prix Duval.

M. Ramonède a disséqué deux cent-quinze sujets adultes présentant ou ne présentant pas de hernies, et il a constaté que dans 15 0/0 des cas, le conduit vagino-péritonéal était plus ou moins conservé. Le procédé employé par M. Ramonède pour cette constatation est plus parfait que celui employé dans le même but par Camper, qui se bornait à une simple insufflation, puisqu'il a fait des injections, et qu'il a pu obtenir ainsi des moules analogues à ceux que M. Guyon a obtenus pour l'utérus.

De l'étude de ces moules, il résulte les faits suivants, fort importants au point de vue pratique. Le canal dont il s'agit présente tout d'abord : 1° à son origine, dans l'intérieur de la cavité abdominale, en dedans du fascia transversalis, un entonnoir; 2° au point où il traverse le fascia pour pénétrer dans le trajet inguinal, un premier rétrécissement; 3° dans le canal inguinal lui-même, un élargissement; 4° à la sortie de ce canal, un second rétrécissement, mais celui-ci très peu marqué; 5° dans l'intérieur du cordon, un nouvel élargissement; 6° enfin, à la partie inférieure du canal, au niveau du point où il s'abouche dans la tunique vaginale, un troisième et dernier rétrécissement.

L'entonnoir intra-abdominal peut renfermer une anse intestinale et celle-ci peut s'étrangler à l'entrée même de l'entonnoir. Laugier a observé un cas de cette nature, il en est de même de Perier. En dehors de ces cas extrêmement rares, si l'on s'en rapporte aux recherches cliniques seules, on peut dire que les résultats qu'elles fournissent sont en concordance absolue avec les dispositions anatomiques, et que les étranglements des hernies congénitales siègent toujours au niveau, soit du rétrécissement supérieur, soit du rétrécissement inférieur du conduit vagino-péritonéal. Je ne veux pas engager l'avenir, je ne dis pas que nous ne verrons pas un jour des étranglements en d'autres points que ceux que je viens de

signaler; mais, enfin, l'observation actuelle est probante, caractéristique : c'est ainsi que les choses se sont passées dans cinquante observations.

Les étranglements supérieurs sont de beaucoup les plus fréquents, ce sont les seuls que M. Ramonède a eu en vue lorsqu'il dit clairement, dans son travail, que la hernie inguinale congénitale s'étrangle toujours à l'orifice inguinal interne, sinon plus haut.

Ces données, vous le comprenez, ont une grande portée pour la pratique usuelle, puisqu'elles nous permettent d'être un peu mieux avertis à l'avenir du siège probable ou possible des hernies congénitales étranglées.

Il est vrai qu'il reste une difficulté dans le diagnostic : c'est la reconnaissance de la congénialité. Car il ne suffit pas pour cela d'interroger le malade, de lui demander depuis combien de temps il porte sa hernie ? Quand bien même il se la serait toujours connue, il pourrait fort bien se faire que ce ne soit pas une hernie congénitale, et quand bien même il répondrait—ce qui est bien plus ordinaire—qu'il a sa hernie depuis l'âge de vingt ans ou au delà, il pourrait se faire qu'il ait une hernie congénitale. On ne doit pas oublier, en effet, que la hernie congénitale n'est pas celle qui remonte à la naissance, mais bien la hernie qui s'est faite dans le conduit vagino-péritonéal non oblitéré. Le mot congénital ainsi compris, je l'ai dit dans la leçon dont je vous parlais tout à l'heure, n'est peut-être pas exact au point de vue grammatical, mais on peut cependant le conserver à la condition, bien entendu, de s'entendre sur la signification qui y est attachée.

Cela dit, j'arrive à mon observation qui est un exemple d'étranglement inférieur. Si elle était unique dans la science, je vous l'aurais communiquée comme un fait rare, je vous aurais dit que c'était une forme d'étranglement peu commune, singulière, de nature à provoquer quelque incertitude dans les manœuvres opératoires, et je me serais borné à cela.

Mais il n'en est pas ainsi ; j'ai pu recueillir cinq observations qui ont la plus grande analogie avec la mienne, et les lectures que j'ai faites sur la question m'ont montré que M. Panas de son côté a vu, non pas une hernie, mais un orifice, dans lequel il put faire passer une sonde de femme, qui était situé au point où était placé mon étranglement ; M. Verneuil, avec lequel j'ai causé de ce fait, m'a dit avoir observé un cas semblable.

La clinique de Dupuytren contient également deux ou trois cas semblables. Il est vrai que Dupuytren les considérait comme une déchirure de la tunique vaginale, remplie par le liquide d'une hydrocèle, établissant une communication accidentelle avec le sac herniaire. A un moment donné, le sac herniaire se crève, il en est

de même de la tunique vaginale, et de cette double rupture résulte la communication dont il s'agit. Je crois cette interprétation erronée.

Scarpa, qui a observé aussi des cas de cette nature, en donne une explication plus simple et plus judicieuse, puisque, mis en présence d'une hernie avec un double sac, le sac inférieur contenant le testicule, il énonce très nettement l'hypothèse de la persistance du conduit vagino-péritonéal. Il est vrai, ajoute-t-il, que cette opinion sera probablement contestée.

Ces faits sont anciens ; voici maintenant mes observations :

Goyrand en rapporte une. Le sac, dit-il, était divisé en deux parties par un rétrécissement annulaire étroit qui étranglait la partie inférieure de l'anse et qu'il fallut débrider.

Dudon, de Bordeaux, en a cité un autre en 1870.

Brémond, en 1844, en rapporte également un cas sur un homme de quatre-vingt-un ans ; le chirurgien aperçut le siège de l'étranglement, le divisa, et ce brave homme eut la chance de guérir.

Dans une thèse de Paris de 1880, Tripier rapporte très complètement l'observation d'un malade qui ne fut pas opéré ; il mourut, et à l'autopsie on trouva un étranglement identique à celui de mon malade.

Si vous adjoignez à cela les observations de Panas et de Verneuil, les vestiges que l'on trouve dans Dupuytren et Scarpa, vous verrez que nous sommes en présence d'une disposition, qui, pour être rare, n'est cependant pas aussi exceptionnelle qu'on pourrait le croire, et que chacun de nous peut fort bien la rencontrer dans l'avenir. Il est donc utile que nous ayons présents à l'esprit les symptômes qu'elle détermine. Or, voici les conditions dans lesquelles se présente le malade :

Il offre toutes les apparences d'un homme atteint d'un étranglement très accusé. Le chirurgien qui l'examine découvre alors dans la région de l'aine une tumeur molle, sonore. Il en essaie immédiatement la réduction, et il l'obtient avec facilité. Il y a une bonne raison à cela, c'est que la tumeur n'est pas du tout étranglée à la partie supérieure. Mais à peine le doigt du chirurgien a-t-il cessé les manœuvres de réduction, que la hernie ressort. Il recommence alors, et il s'aperçoit que l'intestin en rentrant dans le ventre entraîne avec lui toute la partie inférieure du scrotum, et que le testicule disparaît en même temps que la tumeur. Il comprime alors le tout, mais la hernie se reproduit indéfiniment. Ainsi : facilité extrême de la réduction, non moindre facilité de la reproduction de la hernie, entraînement du testicule, persistance des phénomènes de l'étranglement, tels sont les caractères de cette variété de hernie.

C'est ce qui est arrivé pour notre malade. C'était un homme de cinquante-huit ans; il portait une hernie inguinale datant de l'enfance et qui avait été toujours assez mal contenue. Il n'avait jamais eu d'accidents, lorsque, le 14 janvier au soir, il s'aperçut que sa hernie ne pouvait plus rentrer. Le 15, on fit une première tentative de taxis suivie de cette fausse réduction dont je vous ai parlé. Le 16, les accidents persistent, et le 17 on l'amène à l'hôpital, où M. Segond essaie de réduire et croit avoir réduit. La hernie se reproduisant, on applique un bandage pour la maintenir; mais cela ne suffit pas. Le lendemain, je vois le malade et je diagnostique une réduction avec persistance de l'agent de l'étranglement, que je suppose être au voisinage du testicule, en raison de l'entraînement de cet organe pendant les tentatives de réduction.

En présence de ces constatations, je fais une incision sur la tumeur herniaire, et je tombe sur une anse intestinale rouge, un peu tuméfiée, mais ne présentant aucune trace de mortification, si bien que mon premier mot est que cette anse n'est pas étranglée. J'examine cependant la tumeur avec soin, je descends vers sa partie inférieure, et c'est ainsi que j'arrive en un point correspondant à l'union du sac et de la tunique vaginale. Là, je trouve un anneau ferme, dur, ayant environ un centimètre de diamètre, traversé par une portion d'anse intestinale. Après avoir débridé l'anneau, je constate que cette anse offre des traces manifestes d'étranglement, mais qu'elle n'est pas suffisamment altérée pour contre-indiquer la réduction dans le ventre. Cette réduction s'opère sans difficultés.

Après l'opération, le malade eut une petite selle, mais il resta somnolent, comateux, et peu de temps après il s'éteignait sans souffrance.

L'enseignement qui me paraît résulter de ce fait et des considérations que je viens de faire valoir, c'est qu'en présence d'une hernie inguinale étranglée, on doit toujours rechercher avec le plus grand soin si elle n'est pas congénitale. Si on lui soupçonne cette origine, si surtout la réduction facile s'accompagne du déplacement du testicule vers l'anneau, sans cessation des symptômes d'étranglement, on a le droit d'affirmer d'une manière certaine qu'il s'agit d'une constriction siégeant au niveau de la tunique vaginale.

Lorsqu'on a fait ce diagnostic, on sait où il faut aller chercher l'anneau constricteur; on sait également qu'il faut agir vite, en raison de l'énergie toute spéciale de la constriction, et si l'on met en usage les préceptes qui résultent de la connaissance de ces deux circonstances, on augmente d'autant les chances de succès de l'opération.

Discussion.

M. Després. Il y a dans la communication de M. Trélat un point nouveau, c'est l'étranglement à la partie inférieure du canal vagino-péritonéal.

Sur 47 hernies que j'ai opérées à l'hôpital Cochin, j'ai opéré 22 hernies inguinales chez l'homme; et, sur ce nombre, 9 hernies étaient des hernies congénitales étranglées. Dans tous les cas l'étranglement avait lieu par le collet de la hernie, au niveau de l'anneau inguinal externe. Dans un seul cas, l'étranglement avait lieu au niveau de l'anneau inguinal interne [1]. J'ai dû inciser l'aponévrose du grand oblique pour pouvoir débrider. Il s'agissait d'une hernie étranglée en arrière du testicule arrêté à l'anneau.

D'ailleurs, en fait de hernie étranglée, je ne m'occupe que de l'étranglement, et dès que je l'ai constaté, j'opère. Quant à la variété que peut présenter la hernie, c'est au cours de l'opération que je la constate : si je vois le testicule, je dis alors que la hernie était congénitale. Je ne cherche pas toujours à le voir, et il m'arrive alors de ne faire le diagnostic que sur la constatation de la vaginalité consécutive.

Je répète en terminant que ce qui fait l'originalité de la communication de M. Trélat c'est la constatation de l'étranglement à la partie inférieure, près du testicule.

Autrement l'histoire de la hernie congénitale chez l'adulte a déjà été faite et bien faite, et, Nélaton dans son traité avait déjà dit que cette hernie était plus fréquente qu'on ne croyait.

M. Monod. Je demanderai une explication à M. Trélat. Si les observations de Dupuytren n'ont pas été mal prises, il faut admettre la coexistence et la communication de l'hydrocèle vaginale et de la hernie inguinale. Dans ce dernier cas, celui où il y a communication, doit-on admettre que l'hydrocèle était congénitale et que la hernie a pris la place du liquide ? faut-il, au contraire reconnaître deux degrés, un premier caractérisé par la saillie du sac herniaire dans la cavité de l'hydrocèle, puis un second où la cloison qui sépare la hernie de la cavité de l'hydrocèle étant détruite, l'intestin se trouve dans la cavité vaginale ? Tous les cas observés sont-ils de cet ordre, ou bien y a-t-il deux espèces distinctes ?

M. Sée. Je demanderai aussi une explication à M. Trélat. On observe chez les enfants des hernies qu'il est impossible de réduire sans réduire le testicule en même temps, ce sont des her-

[1] *Gaz. des hôp.*, 1877, p. 331

nies congénitales; j'avais pensé qu'il existait là des adhérences entre le contenu du sac et le testicule; est-ce là une explication applicable à l'adulte? doit-on préférer l'explication donnée par M. Trélat? y a-t-il, au contraire, à reconnaître deux cas différents?

M. Trélat. Je répondrai d'abord à M. Sée que je maintiens mon explication pour la hernie inguinale, étranglée de la façon que j'ai décrite, c'est-à-dire avec saillie dans la vaginale d'une anse plus ou moins volumineuse.

Quant à dire comment les choses se passent dans toute autre circonstance, je n'en sais rien, n'ayant pas d'observations qui me permettent d'être fixé. Toutefois, je reconnais que l'explication de M. Sée est très rationnelle, et qu'il est fort possible que, chez les enfants, le retrait du testicule, pendant la réduction de l'intestin, soit produit par des adhérences.

Je répondrai à M. Monod que le jour où l'on nous aura fourni l'observation d'un homme atteint d'une vieille hydrocèle et d'une hernie, chez lequel un beau jour le liquide de l'hydrocèle aura été remplacé par la tumeur intestinale, nous pourrons nous demander si l'explication fournie par Dupuytren est valable. Mais comme cette observation, nous ne la possédons pas, comme l'on n'a jamais pu saisir au passage la formation de cette communication accidentelle, j'estime que dans ces conditions, l'explication basée sur la persistance congénitale du conduit vagino-péritonéal me paraît la seule acceptable.

Cependant, je ne veux pas engager l'avenir à ce sujet; nul n'est plus respectueux des faits que je ne le suis et je partagerai l'opinion de Dupuytren, le jour où j'aurai la preuve qu'elle répond aux faits.

A M. Després, je répondrai : Non, la hernie inguinale congénitale n'est pas aussi connue que vous le dites. Sans doute, la question n'est pas absolument neuve; personne ne peut espérer faire une histoire complètement neuve sur un sujet qui réclame un grand nombre d'observations. Chacun de nous apporte sa pierre ou ses pierres à l'édifice et l'accroît ou le rectifie dans la mesure de ses recherches.

Il y a douze ans, Leroy des Barres a écrit, sur mes indications, sa thèse sur la *hernie inguinale vaginale*. Cette thèse, qui renferme un grand nombre d'observations, est très bien faite, et cependant l'auteur est obligé de se borner, faute de faits suffisants, à des indications timides et à des conclusions réservées.

Il n'y a rien d'étonnant qu'après Scarpa, A. Cooper et Malgaigne, Nélaton ait parlé de la hernie inguinale congénitale et soupçonné sa gravité. Cette gravité, elle était proclamée dans le

sein de la Société de chirurgie en 1858 et en 1863 par Maisonneuve, Nélaton, Morel-Lavallée, Chassaignac et Demarquay. Mais comme les causes de cette gravité étaient mal connues ! On invoquait la dissociation des éléments du cordon, la longueur de l'anse herniée, la péritonite herniaire. Il y a loin de là aux causes précitées que j'ai énumérées devant vous.

La meilleure preuve que je suis dans le vrai, c'est que M. Després lui-même vient nous déclarer que l'étranglement supérieur peut se faire à l'anneau externe ; or, j'ai particulièrement insisté sur ce fait que cet étranglement n'avait jamais été trouvé à l'anneau inguinal externe ou inférieur.

Au reste, je n'ai eu ni la pensée, ni la prétention d'exposer devant vous toute l'histoire de la hernie inguinale congénitale. Ce que j'en ai dit était seulement pour mettre en lumière le point particulier sur lequel je désirais attirer votre attention.

Je n'ai rien dit, et avec intention, des hernies péritonéales ou pro-péritonéales qui se font dans l'entonnoir si bien décrit par M. Ramonède ; je n'ai point parlé des hernies intra-pariétales de Dance, ou inguino-interstitielles de M. Tillaux, qui se produisent par suite de la persistance incomplète du conduit vagino-péritonéal avec ou sans ectopie testiculaire. Tout cela rentre dans l'histoire de la hernie inguinale congénitale qui, suivant moi, est à refaire; mais il n'y avait que des avantages à le distraire de ma communication.

Rapports.

Rapport par M. TERRIER *sur deux observations de tumeurs utérines et ovariennes,— hystérectomie et ovariotomie,—présentées par* M. le D[r] VILLENEUVE (de Marseille).

Messieurs,

M. le D[r] Villeneuve, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, nous a présenté deux observations de tumeurs utérines ayant nécessité une intervention chirurgicale radicale, c'est-à-dire l'ablation, suivie de guérison dans les deux cas.

La première de ces observations a pour titre : *Ablation de l'utérus et d'un myôme du poids de* 8 *kilogrammes* 600 *grammes : guérison.*

Voici le résumé de ce fait intéressant : M[me] S..., 32 ans, a eu deux grossesses et est accouchée dans les deux cas d'un enfant mort, mais à terme. Après son premier accouchement, la malade

eut des troubles intestinaux, de la dysménorrhée et s'aperçut que son ventre augmentait de volume. Après la seconde grossesse, la tuméfaction de l'abdomen augmenta rapidement et atteignit des proportions considérables en huit mois.

En avril 1882, en même temps que l'énorme tumeur abdominale, deux médecins constatèrent un double épanchement pleural, sans fièvre qui, d'après eux, contre-indiquait toute intervention chirurgicale.

M. Villeneuve vit la malade le 17 juin 1882; l'état moral et l'état général étaient excellents, pas d'épanchement pleural. L'abdomen mesure 1^{m},66 au niveau de l'ombilic; la palpation permet de reconnaître une couche d'ascite et au-dessous d'elle une tumeur lisse, dure, peu mobile, remontant jusqu'à deux travers de doigts de l'appendice xyphoïde.

Au-dessus du pubis, et presque sous la peau, on constate la présence d'une autre tumeur ovoïde, mobile, ressemblant à l'utérus, mais qui serait un second fibrome distinct de la première tumeur.

Le col utérin, petit, immobile, est débordé de tous côtés par la tumeur abdominale qui fait saillie dans les culs-de-sac. L'hystéromètre pénètre à 2 centimètres 1/2 et des mouvements imprimés à la tumeur sous-pelvienne ne se communiquent pas à la tige de l'instrument.

Notons que cette néoformation n'avait pas donné lieu à des métrorrhagies.

L'opération fut faite le 20 juin 1882, avec l'aide du Dr Fiouppe, dans une des chambres d'isolement de la clinique obstétricale. Sauf le spray, les précautions de la méthode de Lister furent rigoureusement suivies.

Incision médiane, commençant à quatre travers de doigts du pubis et remontant un peu au-dessus de l'ombilic. L'incision péritonéale donne issue à 4 litres de liquide ascitique et quelques adhérences épiploïques sont sectionnées et liées au catgut.

Le volume considérable de la masse, nécessite l'agrandissement de l'ouverture abdominale jusqu'à l'appendice xyphoïde; alors seulement elle peut basculer et être attirée au dehors. Après un examen attentif, on reconnut que la tumeur s'implantait sur toute la moitié postérieure du col utérin, col lui-même très allongé et hypertrophié; en bas la tumeur arrive jusqu'à la limite du cul-de-sac vaginal postérieur, en haut elle empiète sur le quart inférieur de la face supérieure de l'utérus. Ce dernier, infléchi en avant, n'était autre que la tumeur sous-pubienne prise pour un fibrome.

Le ligament large gauche est soulevé et déplissé par la tumeur

qui paraît ainsi adhérer au pourtour du petit bassin. L'ovaire gauche est appliqué contre la tumeur.

Le ligament large droit et l'ovaire droit sont sains et libres.

M. Villeneuve pensa un instant à séparer le fibrome de l'utérus pour laisser ce dernier intact, mais il abandonna aussitôt cette idée pour pratiquer l'hystérectomie.

M. Villeneuve passa un fil de fer autour du col hypertrophié du ligament large gauche et de l'ovaire correspondant, il fit ainsi un large pédicule, qui fut serré à l'aide du serre-nœud de Cintrat. Deux broches en croix traversaient la tumeur *au-dessus* des fils.

L'opérateur crut ensuite devoir enlever la tumeur en deux parties en la fendant verticalement avec un couteau à amputation, ce qui offrait peu d'importance.

Toilette péritonéale, 4 sutures profondes enchevillées et 6 sutures superficielles avec des fils d'argent.

Le pédicule attiré au dehors et fixé à l'angle inférieur de la plaie fut badigeonné de baume du Commandeur, procédé peu Listérien d'ailleurs.

L'opération avait duré 1 heure 35 minutes.

Dès les premiers jours, la température tomba de 39.4 à 38, mais le pouls resta assez élevé ; on fit des injections d'éther et on administra du cognac.

Le troisième jour, les sutures profondes furent enlevées.

Vers le cinquième jour, la température descendit au-dessous de 38° et on put alimenter l'opérée, d'ailleurs très faible.

Au septième jour, M. Villeneuve dit avoir resserré le serre-nœud, ce que je ne m'explique pas bien.

Enfin, le pédicule tomba le neuvième jour, on s'aperçut alors que la cavité du vagin est ouverte et qu'elle communique avec l'infundibulum formé par le pédicule sphacelé ! On plaça un drain et on fit des injections phéniquées deux fois par jour.

Le dixième jour, légère hémorrhagie par le pédicule, ce qui affaiblit la malade. Cet écoulement de sang coïncide avec le retour de l'époque menstruelle.

Au quinzième jour, le drain vaginal est enlevé et la malade se lève une heure.

Le dix-septième jour, œdème du bras gauche et du côté correspondant du cou, dû, dit M. Villeneuve, à une phlébite spontanée de la basilique. Nous croyons qu'il s'agit simplement d'une thrombose, car les accidents disparurent en quelques jours.

Enfin, la malade put quitter l'hôpital un mois après avoir été opérée.

La tumeur enlevée pesait 8 kilogr. 600 grammes, elle offre à la coupe l'aspect d'un fibrome à noyaux multiples ; le corps

utérin, situé en avant de la tumeur, est presque normal, quant au col, il est très allongé, car la partie enlevée mesure 7 centimètres. L'ovaire gauche normal accompagne l'utérus.

M. Villeneuve fait suivre cette très intéressante observation de quelques remarques sur la singulière implantation du fibrome au col, sur le collapsus qui suivit l'opération, sur le peu de réaction que présenta la malade, enfin sur sa rapide guérison, ce qu'il attribue à la rapidité de l'opération qui cependant dura une heure ; à l'absence d'adhérences, et aux bonnes conditions hygiéniques dans lesquelles la malade était placée.

Il nous permettra, à notre tour, quelques remarques, les unes d'ordre purement opératoire, les autres plus théoriques.

Lorsque le pédicule fut sphacélé et qu'il fut éliminé, M. Villeneuve s'aperçut que le vagin était ouvert, on mit un drain, on fit des lavages et tout alla très bien; mais voici ce qui s'était passé probablement.

En faisant le pédicule, l'opérateur plaça et serra son double fil de fer, avant de passer ses broches; celles-ci furent ensuite fixées au-dessus de l'anse ; or, cette anse glissa un peu et se rapprocha suffisamment des insertions vaginales pour les sphacéler. Ce glissement se produisit d'autant mieux que M. Villeneuve dit avoir encore resserré le serre-nœud de Cintrat au septième jour, ce qui ne me semble pas facile.

En fait, lorsqu'on pratique une hystérectomie et qu'on maintient le pédicule au dehors, il faut placer les broches avant l'anse de fil de fer, et mettre cette anse, soit au-dessous, soit, mieux encore, entre les deux broches, de façon à s'assurer de la fixité de l'anse au moment où on vient à la serrer.

M. Villeneuve fit quatre sutures profondes seulement et les fit enchevillées; nous préférons de beaucoup, faire toutes ou presque toutes nos sutures profondes avec du fil d'argent et à points séparés. Ceci permet de retirer la moitié des sutures vers le quatrième jour, et le reste vers le sixième ou le septième jour. Nous croyons qu'enlever les sutures profondes au troisième jour, c'est un peu tôt, si l'on craint l'éventration ultérieure.

Nos observations théoriques sont plus restreintes; comme nous, M. Villeneuve a été frappé de la dissociation qui existe entre le pouls et la température, et il a cru devoir la rapporter à des causes purement morales, alors que nous avons toujours soutenu qu'il s'agit ici d'accidents essentiellement réflexes, dus à la lésion et à l'irritation des plexus du sympathique.

La seconde observation de M. le D[r] Villeneuve, a pour titre

Tumeur kystique de l'utérus. — Ablation, fistule stercorale consé-

cutive. — Hémorrhagies répétées. — Rupture de la cicatrice. — Guérison.

Voyons d'abord le résumé de l'observation, puis nous pourrons en discuter le titre qui ne me paraît pas très exact.

D..., 47 ans, probablement syphilitique, a présenté des troubles menstruels, il y a trois ans, et n'est plus réglée depuis quatre mois, c'est à peu près vers la même époque que la malade s'aperçut que son ventre grossissait.

M. Villeneuve la vit le 25 juillet 1879, et voici ce qu'il constata : faciès ovarique, femme d'apparence robuste, pas de traces actuelles de syphilis. L'abdomen globuleux offre une tumeur médiane arrondie, sans bosselures; les parois du ventre sont surchargées de graisse, ce qui rend l'examen difficile; toutefois, la tumeur qui remonte jusqu'à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic et qui s'étend jusqu'aux flancs, paraît fluctuante mais seulement à gauche.

L'utérus est immobilisé par la masse morbide qui refoule les culs-de-sac. Par le toucher anal on constate l'existence d'une tumeur globululeuse et fluctuante.

L'hystéromètre ne pénètre qu'à 2 centimètres dans le col. M. Villeneuve diagnostique un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, ayant une grande poche à gauche et de plus petites poches à droite.

Pour vérifier ce diagnostic, une ponction fut faite à gauche, le 28 juillet, et donna issue à environ 3 litres d'un liquide louche, verdâtre, contenant des paillettes de cholestérine ; la tumeur fut peu réduite de volume, toutefois la matité du flanc droit disparut. Le liquide se reproduisit très rapidement, aussi la malade accepta-t-elle l'intervention chirurgicale qu'elle avait tout d'abord rejetée.

Le 20 septembre 1879, M. Villeneuve pratique l'opération, il a eu soin de placer sa malade dans une petite maison, près de la mer et à la campagne.

Incision médiane de 6 centimètres, les parois abdominales chargées de graisse sont très épaisses et saignent, on arrive sur l'épiploon, qu'on divise, ne pouvant le repousser en haut (il était probablement adhérent à la paroi ?) Le kyste mis à nu et l'incision abdominale agrandie, on fait la ponction et on retire 5 litres de liquide verdâtre, très albumineux (?) sans cholestérine. Des pinces à kyste attirent celui-ci au dehors, mais seulement en partie, car la tumeur tient vers le bassin.

La main introduite dans l'abdomen, permet de constater l'existence d'un large pédicule, épais et aplati d'avant en arrière. Ce pédicule embrasse le sommet et tout le bord gauche de l'utérus. A

gauche, le pédicule va en s'amincissant, mais il est plus dur et plus épais à droite, point où il s'arrête à l'angle utérin, fixé par des adhérences aux parties voisines (?) Ces adhérences peu serrées sont détruites, une bride vasculaire seule nécessita une ligature au catgut.

« Au fond de ce pédicule, évasé en entonnoir, comprenant le « haut et le côté gauche de l'utérus dans sa base, le doigt constate, « surmontant et hérissant la matrice, une série de tumeurs globu- « leuses, irrégulières, bosselées et très dures » qui firent penser à une néo-formation cancéreuse. Ces tumeurs, dont le volume varie depuis celui d'un marron jusqu'à celui d'une noisette, font corps avec la matrice et semblent la coiffer.

En présence de cette disposition, M. Villeneuve résolut d'enlever l'utérus.

L'incision abdominale fut agrandie par en bas, jusque près du pubis; on fait des tractions sur le pédicule, sur l'utérus, on le pousse par le vagin, sans arriver à le faire saillir au dehors.

« J'essaye alors, dit l'auteur une dernière manœuvre : une série de grosses pinces à mors plats de Nélaton sont fixées sur le pédicule tout autour et aussi près que possible de sa ligne d'implantation.

Réunissant alors toutes ces pinces en un faisceau, j'exerce des tractions alternatives, qui étirent et allongent le pédicule en menaçant de le déchirer et de l'arracher, mais qui ne parviennent pas à attirer la matrice au dehors. »

Un peu désappointé, M. Villeneuve renonça à l'hystérectomie. Il sectionna circulairement les parois du kyste et en forma une sorte de pédicule qu'il tordit et traversa par une broche de fer.

Une anse de deux fils de fer fut placée au-dessous, ce qui fut assez long à cause de la rupture de la première anse placée, enfin le pédicule fut amené à l'angle inferieur de la plaie.

Toilette péritonéale, on replace l'épiploon au devant des intestins, manœuvre essentiellement classique et à laquelle M. Villeneuve attache à juste titre une grande importance. On fait trois sutures profondes enchevillées et des sutures superficielles avec des épingles en tête de verre.

Une couche de collodion, de l'ouate et l'attouchement du pédicule avec le perchlorure complètent le pansement.

L'opération a duré 3 heures 20 minutes.

Le kyste réséqué était uniloculaire, mais l'examen qu'en donne l'auteur est malheureusement incomplet.

Dépression profonde après l'opération (37°4); au bout de 24 heures la température monte et arrive à 39°; l'état général est mauvais, il y a des signes de péritonite et de rétention de matières

septiques. Un drain est placé entre le pédicule et l'incision à sa partie inférieure, on y pousse une injection phéniquée.

L'état général reste très grave jusqu'au 6e jour. Hoquet, péritonisme, 39°, 128 pulsations.

Le 7e jour, amélioration, le pédicule est sphacélé, on sectionne les fils de fer et on désinfecte le « cloaque pédiculaire » (*sic*) avec du baume de Commandeur. Le soir, on constate que des matières fécales sont mêlées avec la suppuration du pédicule. Il y a donc une *fistule stercorale* « ce qui, dit l'auteur, assombrit le pronostic qui n'était pas déjà très sûr. »

Cette fistule persiste jusqu'au 12e jour. Alors survient un nouvel accident, une *hémorrhagie* qui se répète 2 fois et anémie profondément la malade.

On tamponne avec du perchlorure et on laisse les choses en place, si bien qu'au bout de 4 jours, en levant le pansement, on constate une *désunion* telle *de la cicatrice* que M. Villeneuve en regarde le fond comme formé par l'épiploon granuleux, c'est grâce à lui que l'abdomen ne serait pas largement ouvert.

Pansement avec le perchlorure de fer et le baume de Commandeur, ce qui n'empêche pas une nouvelle hémorrhagie vers le 20e jour; l'état local et l'état général s'améliorent mais fort lentement, car le 40e jour il y avait encore de la diarrhée et un état saburral intense; localement la plaie était réduite à un sillon peu profond et rempli de bourgeons charnus. A la partie inférieure de ce sillon, vers le pubis, on remarquait, il est vrai, une production noirâtre, qui n'était autre qu'une éponge oubliée là au moment où les hémorrhagies s'étaient montrées.

Cette éponge enlevée, l'état général devint meilleur ainsi que l'état local, et la malade put se lever vers le 50e jour après son opération.

Elle guérit avec une éventration qui laissait passer une masse assez considérable d'intestins, d'où des troubles intestinaux graves. Une ceinture abdominale avec pelote *ad hoc*, améliore cet état.

Enfin le 19 octobre 1882, c'est-à-dire plus de deux ans après l'opération, M. Villeneuve revit sa malade et par le toucher vaginal il constata une antéversion utérine; les culs-de-sac droit et antérieur sont remplis par une tumeur fluctuante, tumeur dont on avait constaté la présence il y a deux ans, c'est-à-dire après la guérison de l'opération.

M. le Dr Villeneuve fait suivre son observation de quelques réflexions et tout d'abord il se demande à quel genre de tumeur il avait affaire ?

A notre grand étonnement, il conclut à une *tumeur kystique des parois utérines*, éliminant le kyste de l'ovaire. Or, pour nous,

l'affection est plus simple que cela, et le diagnostic primitif de l'auteur est le bon, il s'agirait d'un kyste de l'ovaire, kyste uniloculaire, ce qui est rare, mais kyste ayant dédoublé les lames du ligament large gauche, d'où le pédicule adhérant au bord gauche de l'utérus.

L'auteur ne s'explique pas trop sur la nature des tumeurs péri-utérines ; un moment il pensa à des tumeurs malignes et voulut pour cela enlever la matrice. Ici encore nous croyons qu'il s'agissait tout simplement de fibromes; et le non développement de ces productions, depuis l'opération plaide, avec l'apparition de la ménopause, en faveur de cette interprétation ; notons, en effet, que depuis son opération, bien que conservant un ovaire, la malade de M. Villeneuve n'a plus revu ses règles. Actuellement il est vrai, il existe une collection liquide dans le cul-de-sac latéral droit, mais n'est-ce pas l'ovaire droit devenu kystique; notons qu'il n'en est pas parlé dans l'observation et peut-être ne l'a-t-on pas examiné lorsque l'abdomen était ouvert.

La production de la fistule stercorale est attribuée par l'auteur à quelque adhérence intestinale méconnue et déchirée, le fait est possible, toutefois, l'intensité des acidents inflammatoires au niveau du faux pédicule, suffisent à faire comprendre cette lésion qui a dû être facilitée par les tractions excessives faites sur les organes du petit bassin.

Enfin, d'après M. Villeneuve, la précaution qu'il a prise d'étaler l'épiploon en avant de la masse intestinale, précaution en quelque sorte classique pour les ovariotomistes, aurait sauvé sa malade au moment de la désunion de la plaie.

Nous ajouterons quelques remarques à celles de M. le Dr Villeneuve, et tout d'abord, en présence de cette tumeur kystique ayant dédoublé le ligament large que fallait-il faire ?

Deux méthodes pouvaient être suivies : dans l'une d'elles, avec la portion de kyste adhérente au ligament et à l'utérus on constituait une sorte de pédicule, c'est ce qu'on a fait; toutefois, il fallait laisser béante ou drainer la cavité kystique, afin d'éviter les phénomènes de rétention du pus et des matières septiques, ce qui est arrivé chez la malade de M. Villeneuve ; l'autre méthode consistait à énucléer la paroi kystique des lames du ligament large, puis de réunir celle-ci par des points de suture, afin d'éviter le contact d'une trop large surface saignante avec les intestins et fermer ensuite l'abdomen, ce qui s'opposait au développement d'une partie des accidents signalés plus haut.

Dans tous les cas, l'ablation concomitante de l'utérus était contre-indiquée, vu sa gravité extrême et vu la possibilité de faire autrement.

En résumé, la seconde observation de M. Villeneuve est pour nous celle d'une tumeur kystique de l'ovaire et non de l'utérus, comme le dit l'auteur.

Quoi qu'il en soit, ces deux observations sont fort intéressantes et nous prions la Société de vouloir bien les déposer dans les archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Les conclusions du rapport de M. Terrier sont mises aux voix et adoptées.

I. *Quelques mots au sujet de l'amputation de Pirogoff, modifiée par la section horizontale du calcanéum; réclamation de priorité.*

II. *Notes sur l'emploi de la suture osseuse après l'amputation de Pirogoff,*.

Par le Dr Pasquier, d'Évreux.

Rapport par M. Chauvel.

Vous m'avez chargé, Messieurs, de vous rendre compte des deux notes dont je viens de vous lire l'intitulé. Comme il s'agit de questions plusieurs fois agitées, soit en dehors de cette enceinte, soit dans la Société; de questions qui me paraissent aujourd'hui résolues dans ce qu'elles ont d'essentiel, je serai aussi bref que possible.

I. La section horizontale du calcanéum, dans l'amputation de Pirogoff, section actuellement acceptée par tous les chirurgiens, se trouve, pour la première fois, décrite et figurée dans la thèse inaugurale de M. le Dr Georges-Charles Pasquier, médecin stagiaire au Val-de-Grâce, thèse présentée et soutenue le 21 novembre 1871, sous la présidence de M. Richet, devant la Faculté de Médecine de Paris. (*De l'amputation tibio-tarsienne, par le procédé de Pirogoff.*) De ceci, nous pouvons donner acte à notre confrère d'Évreux et, pour ce qui me concerne particulièrement, j'ai reconnu ses droits à la priorité dans un Mémoire sur les amputations astragalienne, tibio-tarsienne et sous-malléolaire, publié en 1873, dans le tome VII des Mémoires de notre Société. Je n'ai eu, du reste, aucun mérite à en agir ainsi, car au moment où s'imprimait mon manuscrit, aucun travail autre que celui du Dr Pasquier n'avait encore signalé cette modification à l'opération primitive de Pirogoff. C'est dans le courant de cette même année 1873 que le professeur Lefort, conduit sans doute par les mêmes raisons qui avaient inspiré le Dr Pasquier, appliqua, pour la première fois, sur le vivant, et fit connaître son procédé de section horizontale.

Il me semble juste, comme je l'ai fait en 1877, dans mon Précis d'opérations de chirurgie, comme l'ont fait de leur côté MM. Delorme, Farabœuf et d'autres chirurgiens, de réunir les deux noms de MM. Pasquier et Lefort, en signalant le procédé qui leur est commun. Cette opinion, étant donné l'examen des pièces que j'ai eues entre les mains, me paraît indiscutable. Mais je pense que la Société de chirurgie n'a pas à s'engager dans les questions de priorité, et surtout qu'elle n'a pas à répondre à l'appel de notre confrère et à décider que l'amputation de Pirogoff, modifiée par la section horizontale du calcanéum, prendra désormais dans son Bulletin le nom de Pasquier-Lefort. Chacun de nous, tel est du moins l'avis de votre rapporteur, doit rester libre de ses opinions, libre de désigner une opération par la qualification qui lui semble la meilleure et la mieux justifiée.

II. Dans sa seconde note, M. Pasquier étudie les divers moyens mis en usage pour assurer la soudure osseuse des surfaces sectionnées du tibia et du calcanéum. Rejetant les moyens contentifs ordinaires, tels que les bandelettes agglutinatives et les appareils plâtrés ou autres, il insiste sur les avantages de la suture osseuse, suture qu'il a le premier, je crois, utilisée en 1870, à Metz, dans une amputation de ce genre. Il y a quelques mois à peine, un mémoire de M. le Dr Follet, de Lille, suivi d'un excellent rapport de M. le professeur L. Lefort et d'une intéressante discussion, a conduit notre Société à se prononcer sur cette question. Pas une voix ne s'est élevée contre l'utilité de la suture osseuse dans le cas où la soudure du tibia et du calcanéum ne peut s'obtenir par l'immobilisation des parties à l'aide des agglutinatifs et des appareils inamovibles. A ce point de vue, M. Pasquier me paraît avoir obtenu gain de cause.

Je serai plus réservé en ce qui concerne la valeur du procédé de suture imaginé, appliqué avec succès et préconisé par notre confrère d'Evreux, Son appareil, assez compliqué, comme vous pouvez en juger par l'examen du modèle qu'il a bien voulu me confier et que je mets ici sous vos yeux, se trouve décrit et figuré dans sa thèse de doctorat. Les deux os sont maintenus en place par un fil d'argent passé obliquement à travers la partie inférieure du tibia et toute l'épaisseur du calcanéum. Ce fil ressort sous le talon. Son extrémité supérieure est fixée à une cheville conique en ivoire qui s'implante dans l'extrémité inférieure du tibia. L'autre extrémité vient s'enrouler sur un petit treuil placé sous le talon.

M. le Dr Follet (*Bulletin médical du Nord,* nº 12, décembre 1881, p. 595) reproche à ce procédé d'être assez compliqué, d'augmenter notablement le traumatisme osseux par la nécessité de ficher une cheville d'ivoire dans le tibia, d'exposer à une compression fâ-

cheuse le lambeau plantaire, et enfin de gêner beaucoup le pansement. Il s'est tout simplement servi de la suture à bouton, qui réalise parfaitement le but désiré.

Le Dr Pasquier, dans la note qu'il nous a envoyée, ainsi que dans ses travaux antérieurs, insiste beaucoup sur la possibilité que donne son appareil de graduer la pression des surfaces osseuses en contact. Il n'est pas indifférent, dit-il, de procéder ainsi, surtout pendant les premiers jours : découvrir les surfaces de section; faciliter par des irrigations à ciel ouvert le détachement de petits fragments osseux; enfin appliquer directement des topiques excitants pour favoriser le bourgeonnement. Ces raisons me paraissent peu convaincantes. Avec les pansements antiseptiques, la réunion immédiate est de règle, et l'appareil compliqué de notre confrère d'Évreux rendrait difficile le maintien d'une asepsie absolue. D'un autre côté, je ne vois guère les conditions qui peuvent réclamer la nécessité de déserrer et de reserrer la suture osseuse. Si j'avais à utiliser cette suture, je donnerais la préférence au mode le plus simple, la suture à bouton.

Je vous propose donc, Messieurs, en terminant ce rapport : 1° d'adresser des remerciements à M. le Dr Pasquier, et 2° de déposer son travail dans nos archives.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

Rapport par M. Polaillon sur un travail de M. Villeneuve (de Marseille) intitulé : *La dilatation préalable de l'urèthre dans l'opération de la fistule vésico-vaginale.*

(*Commission :* MM. Terrier, Sée, Polaillon, rapporteur.)

M. Villeneuve base son travail sur deux observations dans lesquelles il s'est servi du doigt, introduit dans l'urèthre dilaté, pour faciliter les divers temps opératoires de la fistule vésico-vaginale.

Dans la première observation, il s'agissait d'une fistule profonde, grande comme une pièce de 2 francs, dont les bords avaient été tranformés en tissu cicatriciel très dur par des cautérisations multipliées. Notre confrère de Marseille dilata l'urèthre pendant trois jours, avec une tige de laminaria, jusqu'à ce qu'il pût introduire facilement son doigt dans la vessie ; puis il procéda à l'opération par le procédé américain. Les lèvres de la fistule étant soulevées et soutenues par la pulpe de l'index gauche, il fut relativement facile de faire l'avivement et la suture. Au bout de cinq jours les fils furent enlevés. La fistule était entièrement oblitérée. Mais la malade eut de l'incontinence d'urine, qui cessa sans traitement le vingt-deuxième jour après l'opération.

Dans la seconde observation, la fistule, très large, avait la forme d'un entonnoir saillant du côté de la vessie. Dilatation de l'urèthre avec une tige de laminaria pendant un jour. Le lendemain chloroformisation et introduction du doigt dans la vessie, puis opération. Le doigt soulève facilement les lèvres infundibuliformes de la fistule pour les présenter commodément soit au bistouri, soit aux ciseaux ou aux aiguilles à suture. La patiente eut de l'incontinence d'urine seulement pendant neuf jours. La fistule fut guérie.

M. Villeneuve pense être l'inventeur de ce procédé. Mais avant lui on a souvent dilaté l'urèthre de la femme, brusquement ou lentement, soit pour extraire des calculs, soit pour explorer la vessie avec le doigt. Plusieurs discussions de la Société de chirurgie en font foi. En fouillant dans nos *Bulletins*, on trouve même que M. Villeneuve s'est rencontré avec notre collègue, M. Cruveilhier, pour l'application de ce procédé à l'opération de la fistule vésico-vaginale. En effet, dans la séance du 29 décembre 1880, M. Cruveilhier dit qu'il a été amené à pratiquer la dilatation uréthrale pour rendre possible la suture des deux tiers d'une fistule vésico-vaginale. L'opération dura deux heures et demie et n'aurait pu être terminée sans la dilatation forcée de l'urèthre, qui permit de se guider soit avec le doigt, soit avec un instrument de médiocre volume. Il y eut une incontinence d'urine qui dura huit jours.

Sans insister plus longuement sur cette question de priorité, nous pensons, avec M. Villeneuve, que la dilatation de l'urèthre, préalable ou extemporanée, de manière à permettre l'introduction du doigt dans la vessie, peut rendre de grands services pendant l'opération de la fistule vésico-vaginale ou de la fistule vésico-utéro-vaginale. Chez beaucoup de femmes, la dilatation préalable de l'urèthre n'est pas nécessaire, on peut d'emblée, pendant la chloroformisation, distendre l'urèthre avec le doigt assez fortement pour pénétrer dans la vessie.

Cette dilatation présente, d'après notre confrère de Marseille, un avantage, c'est d'offrir après l'opération une issue facile à l'urine, puisqu'il y a incontinence. On n'a donc plus besoin d'assurer l'écoulement constant de l'urine en établissant une sonde à demeure.

Mais, d'un autre côté, cette incontinence d'urine serait un grave inconvénient si elle devait persister ou durer longtemps.

Les conclusions du rapport de M. Polaillon sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures 25 minutes.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 14 mars 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° M. de Saint-Germain offre à la Société le volume qu'il vient de publier sous le titre de : *Chirurgie orthopédique, thérapeutique des difformités congénitales ou acquises : Leçons cliniques professées à l'hôpital des Enfants malades.* (Remerciements.)

3° M. le baron Larrey offre à la Société :

a) Les discours prononcés, au nom de l'Institut, par M. Larrey et par M. Gosselin aux obsèques de M. Sédillot.

b) Les discours prononcés aux obsèques de M. le baron Jules Cloquet, par M. Larrey, au nom de l'Institut, et par M. Gosselin au nom de la Faculté. (Remerciements.)

4° M. Monod dépose sur le bureau une observation de taille hypogastrique pratiquée avec succès sur un enfant de 8 ans, par M. Vittorio de Semo, de Corfou.

A propos du procès-verbal.

Note sur une variété de hernie intra-vaginale (hernie enkystée d'A. Cooper, hernie à double sac, à sac intra-vaginal de Bourguet (d'Aix),

Par le Dr Charles Monod.

Je ne viens pas contester le fait intéressant sur lequel M. Trélat a attiré votre attention dans notre dernière séance ni en chercher une interprétation différente.

Je veux seulement essayer de montrer qu'à côté de la disposition qu'il vous a signalée, il en existe une autre, qui mérite que l'on s'y arrête. L'observation de M. Trélat se réduit en deux mots à ceci :

Une hernie congénitale, ou mieux une hernie péritonéo-vaginale, c'est-à-dire qui se produit dans le conduit vagino-péritonéal non oblitéré, s'étrangle à l'orifice inférieur de ce conduit, à la jonction du conduit vagino-péritonéal et de la vaginale testiculaire.

Le sac de cette hernie est constitué par les parois unies du conduit vaginal, et son extrémité supérieure non serrée est en libre communication avec la cavité abdominale.

L'orifice d'étranglement siège à la partie inférieure.

A côté des faits de ce genre, quels sont ceux auxquels je faisais allusion dans notre dernière séance?

D'une part, une hydrocèle volumineuse qui, comme nous le faisait très bien remarquer M. Trélat, est d'origine congénitale, c'est l'hydrocèle en bissac de Dupuytren, le liquide occupe à la fois la tunique vaginale et le conduit vagino-péritonéal. Celui-ci n'est fermé qu'au niveau de son orifice supérieur, au niveau de l'anneau inguinal interne. La tumeur remonte jusqu'à l'aine, mais ne communique pas avec le péritoine. Ce n'est pas l'hydrocèle congénitale communicante vulgaire. D'autre part, dans cette cavité qui contient à sa partie inférieure le testicule à nu, pointe à sa partie supérieure, une tumeur faisant une saillie variable, comparée, par cet auteur, à un gros pis de vache pendant, et qui n'est autre qu'une hernie intestinale contenue dans un sac distinct.

A. Cooper a le premier signalé cette variété de hernie, et l'a appelée *hernie enkystée de la tunique vaginale.*

Ce nom, mal compris en général, implique l'idée que A. Cooper se faisait du mode de formation du sac de cette hernie.

Pour lui, il s'agissait là d'une hernie congénitale, se produisant dans le canal vagino-péritonéal incomplètement oblitéré par des adhérences. Sous l'effort de l'intestin, ces adhérences étaient distendues, creusées pour ainsi dire par lui, et constituaient au viscère hernié un sac de formation nouvelle, une sorte de kyste adventice indépendant du péritoine, d'où le nom de hernie enkystée qu'il donnait à cette affection.

On peut faire à cette interprétation une objection grave : pour que l'intestin rencontre sur son passage des adhérences à distendre il faut que le conduit vagino-péritonéal soit en voie d'oblitération; or, il n'en est rien, bien au contraire, la vaginale constitue jusqu'à l'anneau inguinal une cavité indépendante du sac herniaire souvent distendue par du liquide.

Ces faits ont été étudiés depuis A. Cooper par Malgaigne (*Leçons sur les hernies*) et surtout par Bourguet (d'Aix) dans un mémoire en partie inséré dans la *Gazette hebdomadaire* (1864) dont je résume ici les principales données. M. Duplay dans sa thèse inaugurale (*Tumeurs de l'aine*) s'est rangé à l'avis des deux chirurgiens que je viens de nommer.

Pour ces auteurs, la hernie dont il est ici question est une hernie accidentelle pourvue, comme la hernie, du sac péritonéal,

mais cette hernie s'est produite chez un sujet porteur d'une hydrocèle en bissac.

Le conduit vagino-péritonéal ne s'est oblitéré qu'au niveau de l'anneau inguinal interne. La cavité vaginale se poursuit le long du cordon jusqu'à l'anneau inguinal interne, elle est devenue le siège d'un épanchement, une hydrocèle.

La hernie se produisant dans ces conditions refoule devant elle la séreuse distendue et s'en coiffe.

Les deux séreuses adossées en ce point se fusionnent et peuvent s'user à la longue. L'orifice ainsi produit donne passage à l'intestin qui est alors à nu dans la vaginale.

Mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent, le sac herniaire reste ordinairement complet et l'étranglement, lorsqu'il se produit, se fait comme dans toute hernie au niveau du collet du sac herniaire, d'où résultent comme je le dirai tout à l'heure des difficultés toutes spéciales dans la conduite de l'opération, lorsqu'elle est entreprise.

L'interprétation que je viens de donner d'après notre collègue, M. Bourguet (d'Aix), s'appuie sur une dizaine d'observations recueillies par cet auteur et en particulier sur un cas qui lui est personnel, longuement et scrupuleusement étudié par lui.

Des observations qu'il cite je n'en releverai qu'une, celle de Dupuytren précisément parce qu'elle a été citée par M. Trélat à l'appui de la thèse qu'il défend.

Il me paraît que l'on peut, là, prendre véritablement sur le fait, comme me le demandait M. Trélat dans la réponse qu'il m'a faite, la véritable pathogénie de cette singulière affection.

Je transcris ici le texte même :

Un homme fut reçu à l'Hôtel-Dieu le troisième jour de l'étranglement d'une hernie inguinale. La peau était rouge, douloureuse. On put croire qu'on avait affaire à un abcès; dans le doute, il fallait opérer comme dans le cas de hernie.

Sous la peau et sous quelques couches disposées en feuillets, était un sac dont l'ouverture donna issue à une grande quantité de sérosité sanguinolente; l'intestin était livide, dans un état très douteux, étranglé par un anneau situé à peu près au niveau de celui du grand oblique. On débrida cet anneau, on laissa l'intestin au dehors; le malade succomba quelques jours après.

A l'ouverture, nous trouvâmes une poche très considérable au bas de laquelle était le testicule, *se prolongeant en haut au-dessus de l'anneau*, entre les muscles oblique externe et oblique interne, et contenant l'anse d'intestin noire, gangrenée, perforée. La face postérieure de cette poche *était soulevée par une tumeur cylindroïde*, *verticalement dirigée*, et ressemblant assez bien à un intestin grêle. Nous entamons cette tumeur : quel n'est pas notre étonnement de voir que c'était un

sac herniaire! Ce sac était vide, épais de deux lignes, très dense, fibreux, offrant un point d'ossification; sa paroi antérieure, adossée à la postérieure de la première poche, était percée par une ouverture presque immédiatement au-dessous de l'anneau.

Nous croyions tous à l'existence d'une hernie inguinale double par le même anneau; cependant nous étions bien loin d'éprouver cette satisfaction d'esprit que donne la conscience de la vérité.

Nous étions toujours tentés de rapprocher ce cas du précédent, sans nous rendre un compte bien exact de ce qu'ils avaient d'analogue, lorsque l'un de nous (M. Lallemand) ayant voulu s'exercer à l'opération de la hernie de l'autre côté, parvint dans une poche lisse, remplie de séposité *s'étendant jusqu'à l'anneau*. La paroi postérieure de cette poche était *soulevée par une saillie verticale* tout à fait semblable à celle du côté opposé. Le doigt, porté derrière l'anneau, pénétra dans cette poche, qui était un sac herniaire vide. Dès lors tout fut expliqué : une hydrocèle et une hernie existaient à droite comme à gauche; l'hydrocèle était placée devant et le sac herniaire derrière; l'hydrocèle s'étendait jusqu'à l'anneau et même au-dessus de l'anneau, entre les muscles obliques: la paroi postérieure de la tunique vaginale et l'antérieure du sac s'étaient accolées; un effort avait déterminé la déchirure de la partie supérieure des parois adossées de l'hydrocèle et du sac; l'intestin avait passé du sac dans la tunique vaginale; l'étranglement était produit par cette déchirure.

En résumé, il résulte de ce qui précède qu'il existe au moins deux formes de hernies dans lesquelles l'intestin paraît pénétrer dans la vaginale à travers un orifice plus ou moins étroit.

L'une est celle que M. Trélat a signalée : c'est la hernie congénitale s'étranglant à la partie inférieure du conduit vagino-péritonéal à la jonction de celui-ci avec la vaginale en un point qui est habituellement rétréci. La hernie n'a d'autre enveloppe que les parois de conduit vagino-péritonéal. L'extrémité de l'anse intestinale est à nu dans la vaginale.

L'autre est celle dont nous venons d'exposer la pathogénie. Elle est accidentelle et possède, comme toute hernie, un sac qui n'est qu'une dépendance du péritoine. Rencontrant sur son chemin une hydrocèle en bissac, c'est-à-dire dont la cavité remonte jusqu'à l'aine, elle pénètre dans la vaginale distendue, soit en se coiffant de la séreuse testiculaire refoulée, soit en la perforant après un long contact.

Le nom de hernie *à double sac* ou à *sac intra-vaginal* proposé par Bourguet (d'Aix) convient évidemment mieux à cette forme que celui de *hernie enkystée*, sous lequel elle a été désignée par A. Cooper.

Ces deux variétés ne diffèrent pas moins entre elles à un point de vue purement pratique.

Dans les observations de M. Trélat on a pu hésiter à intervenir à cause de la réductibilité apparente de la tumeur. Mais une fois l'opération décidée et la tunique vaginale ouverte il n'y a plus d'hésitation possible; l'intestin est sous les yeux et dans la main, et l'on arrive ordinairement sans peine à découvrir le siège de l'étranglement.

Il en est tout autrement dans les cas de la seconde catégorie. Les difficultés se montrent surtout au cours de l'opération.

En effet, le chirurgien appelé auprès d'un malade porteur d'une *hernie à double sac* tombe après l'incision des téguments sur une cavité remplie de liquide, qu'il prend pour le sac herniaire. Et cela d'autant mieux qu'il trouve dans l'intérieur de cette poche une tumeur globuleuse qui peut en imposer pour l'intestin hernié.

S'il s'arrête là, il n'a rien fait; les accidents persistent et le malade succombe. C'est ce qui arriva à Méry dans une observation rapportée par Bourguet (d'Aix).

Souvent c'est un hasard heureux qui a amené, au cours des manipulations faites pour reconnaître la nature de la tumeur incluse, la déchirure du véritable sac herniaire et la découverte à son intérieur de l'intestin étranglé.

M. Bourguet insiste sur les précautions à prendre pour éviter l'erreur. Le mieux sera d'exercer sur la tumeur herniée des tractions douces pour l'amener au dehors et l'examiner à l'aise. C'est là, du reste, un précepte qui devrait être de règle dans toute kélotomie. Habituellement dans cette manœuvre le sac se déchire et l'intestin est reconnu. Toute obscurité est dès lors dissipée et l'opération s'achève sans difficulté.

Je borne ici ces quelques remarques ; je n'ai voulu qu'établir à nouveau, d'après les auteurs que j'ai cités, l'existence d'une forme importante de hernie intra-vaginale, dont la réalité ne me paraît pas douteuse et que les intéressantes recherches de M. Trélat menaçaient de rejeter dans l'ombre.

Communications.

Rétrécissement fibreux de l'œsophage.—Gastrostomie. — Succès opératoire. — Mort par inanition.

M. Tillaux. Messieurs, je viens vous entretenir d'une opération de gastrostomie.

L'ouverture de l'estomac peut se faire dans deux conditions : Ou bien on ouvre une voie momentanée pour l'issue d'un corps étran-

ger, c'est la *taille stomacale* (Verneuil), ou bien on veut établir une ouverture permanente, une *bouche stomacale* (Sédillot) ; ici encore il faut distinguer deux cas, suivant que la dysphagie à laquelle on veut remédier, est due à un cancer œsophagien ou à un rétrécissement fibreux; on comprend que les chances de succès sont loin d'être égales, mais ce n'est point ce côté de la question que je veux aborder aujourd'hui; c'est sur la médecine opératoire que je tiens surtout à appeler votre attention. Lorsque notre collègue, M. Labbé, dut songer à extraire un corps étranger de l'estomac, son neveu, M. Ch. Labbé, alors mon préparateur, fit dans mon laboratoire des recherches à l'effet de déterminer les rapports de l'estomac avec la paroi abdominale antérieure.

Il arriva à cette conclusion : que le bord convexe de l'estomac ne remonte jamais plus haut que la ligne fictive qui unit les extrémités des cartilages des neuvièmes côtes ; que toujours on rencontrera l'estomac derrière la paroi abdominale dans un triangle formé par la ligne en question, le rebord gauche des fausses côtes et le bord antérieur du foie. Sédillot proposait une incision cruciale au-dessus de l'ombilic, sur la gaine du grand droit, il introduisait le doigt dans l'abdomen, et, se guidant sur le foie, il allait à la recherche de l'estomac sur lequel il fallait exercer de fortes tractions pour l'amener à l'extérieur. Si, au contraire, on agit dans l'aire du triangle que je viens de mentionner, on est sûr de tomber sur la face antérieure de l'organe, et on peut procéder à la suture sans exercer aucun tiraillement. La meilleure ligne d'incision a été indiquée également par M. Ch. Labbé, c'est une ligne de 5 à 6 centimètres menée à 2 centimètres du rebord des fausses côtes, parallèlement à ce rebord, commençant au niveau de la ligne d'union des neuvièmes cartilages et remontant vers l'appendice xyphoïde. C'est ce procédé que j'ai suivi chez mon malade dont voici l'observation recueillie par M. Leprévost, interne du service.

Alexis C..., âgé de 52 ans, garçon de restaurant, entre à l'hôpital Beaujon, service de M. le Dr Tillaux, le 12 février 1882. Il est couché au n° 19 de la salle Saint-Denis. Son entrée a pour motif un rétrécissement œsophagien, pour lequel il a déjà été traité par M. Tillaux, en mars 1881, et qui était en partie guéri, quand malgré les avis du chirurgien, il quitta l'hôpital pour un motif futile.

Le malade ne se rappelle pas avoir avalé de caustique et ne peut assigner aucune cause à l'affection dont il se plaint ; l'interrogatoire ne relève aucun antécédent de syphilis, aucune particularité héréditaire digne d'être notée. Alexis C... est très affirmatif quant au début et à la marche de la maladie, il en donne le détail avec beaucoup de précision et toujours de la même manière. Il raconte

que le 24 mars 1880, il s'aperçut au milieu de son repas que les aliments ne descendaient pas dans l'estomac, qu'ils s'arrêtaient en chemin et occasionnaient, au point d'arrêt, une sensation de gêne toute particulière. Celle-ci disparut spontanément, mais se reproduisit quelques jours plus tard dans les mêmes circonstances. Bientôt la difficulté d'avaler, d'abord intermittente, s'établit à demeure; les aliments solides ne purent plus passer, et le malade avait après chaque repas des régurgitations fréquentes. Lorsqu'au mois de mars 1881, un an par conséquent après le début de son affection, il se décida à consulter M. Tillaux, les liquides eux-mêmes ne passaient qu'avec peine. Il avait considérablement maigri. Le rétrécissement était tellement serré qu'il n'admettait pas sans difficulté la plus petite olive de la série. Des cathétérismes successifs amenèrent une très notable amélioration, mais la dilatation progressive faisait cependant des progrès lents et M. Tillaux s'était décidé à pratiquer l'œsophagotomie interne, quand le malade, à la suite d'une altercation avec un voisin de lit, quitta l'hôpital, en septembre 1881.

État actuel. — Il entre de nouveau le 12 février 1882. C'est alors que nous l'observons. Depuis sa sortie il ne vit que de lait et de potage, et encore en petite quantité; aussi est-il affreusement émacié et affaibli, au point de se traîner avec peine. Il est pâle, sans teinte jaunâtre appréciable, extrêmement maigre, avec des yeux brillants et profondément excavés. Il est dans un état d'esprit singulier : emporté, violent, impulsif, il se vante à tout propos et même hors de propos. Il tire vanité de ses hautes relations et s'enorgueillit d'avoir servi dans les plus grandes maisons. Il est plein de confiance dans le succès d'une opération et demande instamment qu'on lui « fasse une autre bouche, » depuis qu'à son lit il a été parlé d'une gastrostomie. Cette opération, en effet, semble s'imposer en présence de la gêne toujours croissante de la déglutition. Les boissons elles-mêmes ne pénètrent dans l'estomac qu'après de nombreux efforts de déglutition, et encore en très petite quantité à la fois. Si, en effet, le malade avale d'un seul coup trois ou quatre cuillerées de lait, les régurgitations en rejettent la plus grosse part.

Une seule fois, l'introduction de la petite olive a pu se faire; en la retirant M. Tillaux a pu s'assurer que le rétrécissement mesure plusieurs centimètres de hauteur. Toutes les autres tentatives de cathétérismes sont demeurées infructueuses, l'extrémité du cathéter venant butter contre un obstacle invincible à 25 centimètres de l'arcade dentaire. Ces cathétérismes répétés n'ont jamais été suivis du rejet de crachats sanglants ou de tissus morbides.

20 *février.* — Depuis quelques jours, l'attention est attirée par

un développement anormal de la circulation veineuse de la partie gauche du cou, du thorax et du bras correspondant.

C'est un lacis de veines bleuâtres, volumineuses, sans analogue du côté droit.

L'auscultation et la percussion de la région précordiale ne révèlent rien d'anormal; la pointe du cœur n'est pas abaissée. MM. Millard et Fernet examinent le malade au point de vue de l'état du cœur et du poumon. Ils ne signalent aucun fait important, sauf l'inégalité très sensible des deux pouls radiaux. Le pouls gauche est très faible et son tracé sphygmographique représente une simple ligne ondulée. Le pouls droit est normal. Aucun phénomène morbide du côté des yeux ou de la face. Pas d'altération de la voix, pas de dyspnée, seulement une petite toux sèche qui, la nuit, s'accompagne de sueurs abondantes. Pas d'engorgement ganglionnaire, cervical ou sous-claviculaire. Quelques jours après l'entrée du malade, on remarqua une légère déviation à droite du cartilage thyroïde; mais au bout de quelques jours celle-ci disparut complètement.

Malgré ces différents symptômes, qui permettaient de soupçonner la compression de l'œsophage par une tumeur du médiastin, et plus particulièrement un anévrisme de l'aorte, en faveur duquel plaidait l'inégalité des pouls, M. Tillaux porta le diagnostic : rétrécissement fibreux de l'œsophage, en s'appuyant : 1° sur la marche lente de l'affection, que les premiers cathétérismes avaient singulièrement améliorée ; 2° sur la constatation très nette d'un rétrécissement annulaire et sur la sensation particulière transmise par la sonde lors du premier séjour du malade à l'hôpital; 3° sur ce fait que jamais les régurgitations n'avaient contenu du sang ou des éléments épithéliomateux.

Quant à la dilatation veineuse, elle pouvait suffisamment s'expliquer par la présence d'une tumeur inflammatoire péri-œsophagienne et les efforts de régurgitation que le malade faisait incessamment.

Dans ces conditions et en présence de l'impossibilité de franchir le rétrécissement, M. Tillaux proposa la gastrostomie qui fut acceptée avec joie, et plus tard sollicitée par le malade. Cette opération fut pratiquée le 16 mars, dans une salle spéciale, parfaitement isolée, avec toutes les précautions de la méthode de Lister.

Gastrostomie : Anesthésie par le chloroforme. Incision de 5 centimètres environ, parallèle au rebord des dernières côtes gauches, à 1 centimètre en dedans de ce rebord et se terminant inférieurement au niveau d'une ligne transversale passant par les 9mes côtes.

M. Tillaux divise ensuite, couche par couche, la paroi abdomi-

nale, jusqu'au péritoine exclusivement, et traverse ainsi les muscles larges de l'abdomen sans atteindre le bord externe du grand droit. Deux ou trois pinces hémostatiques suffisent à l'hémostase.

La plaie soigneusement épongée, le péritoine est divisé à l'aide de pinces et des ciseaux; à travers la boutonnière péritonéale apparaît non pas l'estomac mais bien le grand épiploon; de très légères tractions suffisent pour abaisser l'estomac et mettre sa paroi antérieure en regard de la plaie. Cet organe est ensuite saisi à l'aide d'un crochet, attiré entre les lèvres de la plaie, et embroché par deux longues aiguilles, placées en travers et destinées à empêcher l'estomac de rentrer dans l'abdomen, si par hasard des vomissements survenaient.

M. Tillaux place sur les lèvres de la boutonnière péritonéale deux ou trois pinces hémostatiques et attire ainsi au dehors le feuillet pariétal de la séreuse, qui se trouve de la sorte intimement adossé à la face externe de l'estomac. Cette petite manœuvre facilite singulièrement les sutures. Celles-ci sont faites avec le plus grand soin; on en place 17.

En dernier lieu, M. Tillaux incise la paroi antérieure de l'estomac et y introduit une sonde molle de caoutchouc rouge, longue de 50 centimètres, dont l'extrémité libre déborde le pansement phéniqué et peut s'adapter à un entonnoir de verre. Pendant l'opération pas une goutte de sang n'est tombée dans le péritoine.

16 *mars* au soir. — Le malade va bien T. 38°,5.

17 *mars*.—Le lendemain de l'opération, excellent état, pas de douleurs, pas de vomissements. T. 38°4. Injection, par le tube, de 2 œufs, 1/2 litre de lait, une noix de côtelette hachée. Le pansement est renouvelé.

18 *mars*. Même état, même alimentation. T. 37°.

20 *mars*. — Le pansement est renouvelé tous les jours. L'état général du malade est excellent. Un peu de rougeur au pourtour de la plaie.

21 *mars*. — Le malade a voulu se lever; son pansement est tout souillé. La peau est rouge au pourtour de la plaie. Suppression du pansement et application d'un large cataplasme. T. 37°,2.

22 *mars*. — État excellent. Le malade a repris quelques couleurs. Les dilatations veineuses du cou ont diminué.

23 *mars*. — On transporte le malade dans un cabinet attenant à la salle des hommes. Il reçoit la visite de quelques amis.

24 *mars*. — Le malade refuse obstinément de se laisser injecter des aliments; il veut se nourrir par la bouche, pour que, dit-il, « le canal ne se bouche pas tout à fait ». Malgré ses dénégations il est facile de voir qu'il régurgite tout ce qu'il prend.

25 *mars.*—Excitation extraordinaire. Il boit des quantités énormes de tisane qu'il rejette presqu'aussitôt. Malgré toutes les recommandations, il s'est levé pour aller voler un pot de tisane dans la salle voisine. Impossible de rien injecter par le tube. L'état général est mauvais. Le malade est pâle, il s'amaigrit.

26, 27, 28 *mars.* — Cet amaigrissement va croissant. La surexcitation du malade est extraordinaire; il frappe et injurie ceux qui l'approche. Pourtant la plaie va très bien. La muqueuse est rouge, un peu saillante.

29 *mars.* — On enlève les sutures. Etat généralement plus grave. Maigreur effrayante. Voix éteinte.

2 *avril.* — Mort.

Autopsie : A l'autopsie, on trouve un rétrécissement de l'œsophage long de 7 centimètres, dont l'extrémité inférieure est à 15 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde. Ce rétrécissement est annulaire, ses parois sont épaissies, indurées ; elles crient sous le scapel. A son niveau, aucune altération. Le calibre de l'œsophage est un peu rétréci au-dessous de la stricture et légèrement dilaté au-dessus.

Au voisinage du rétrécissement, mais en dehors des parois de l'œsophage, on remarque plusieurs abcès dont un plus volumineux entoure presque complètement l'œsophage. Il paraît de date récente, et s'est probablement formé dans les derniers jours de la vie.

Il y a évidemment de la péri-œsophagite. Les tissus sont épaissis. L'œsophage adhère intimement à l'aorte thoracique, dont la crosse est considérablement dilatée, ainsi que le tronc artériel brachio-céphalique. On trouve quelques ganglions légèrement tuméfiés.

Le cœur et les poumons sont normaux. Dans la veine cave supérieure, dans le tronc veineux brachio-céphalique droit et dans l'origine de la jugulaire interne, on trouve un caillot ancien, volumineux mais qui ne remplit pas complètement ces vaisseaux.

On constate avec surprise que les veines sont vides et aplaties, tandis que les artères sont gorgées de sang noir non coagulé. Le calibre de l'artère radiale est de moitié moins considérable à gauche qu'à droite. L'humérale est identique des deux côtés.

Malgré le long jeûne du malade l'estomac n'est pas beaucoup diminué de volume. Il est facile de voir que la soudure entre le péritoine et la face séreuse de l'estomac est parfaite sur tout le pourtour de la bouche stomacale, qui est située au niveau de la grosse extrémité de l'estomac près de la grande courbure.

Voici les résultats de l'examen histologique pratiqué par M. de Gastel :

Tissu fibreux à l'état adulte, composé d'un tissu fibrillaire très serré et contenant un certain nombre de fibres élastiques.

Les fibres musculaires de la tunique musculaire ont presque complètement disparu au milieu du tissu de nouvelle formation, on n'en retrouve plus que d'isolées, par endroits. Elles paraissent comme noyées au milieu du tissu fibreux.

Sur les coupes il a été impossible de tomber sur la tunique muqueuse, soit qu'elle soit méconnaissable, soit qu'on ait omis d'en mettre dans le morceau donné à examiner.

L'intérêt de cette observation réside d'une part dans le succès opératoire, puisque le malade a survécu 17 jours, et qu'il n'est survenu aucun accident du côté du champ opératoire, d'autre part, dans la constatation d'un rétrécissement purement fibreux et de cause absolument inconnue.

M. Berger communique une observation intitulée :

Cancer de l'œsophage avec perforation de la trachée. Gastrostomie. — Mort.

M. Paul Berger. Je mets sous les yeux de la Société les pièces anatomiques provenant de l'autopsie d'un homme sur lequel j'ai pratiqué le 16 février dernier l'opération de la gastrostomie.

Voici d'abord l'observation du malade telle qu'elle a été recueillie par M. le Dr Picqué, chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité :

Le nommé Fougelias (Claude), âgé de 45 ans, déménageur, entre le 23 janvier 1883 dans le service de M. Bernutz, suppléé par M. Barth, salle Saint-Louis, n° 25.

Antécédents, une fièvre typhoïde à l'âge de 11 ans, sans complications. Pas de syphilis, le malade est alcoolique et accuse des cauchemars, du tremblement des mains, des pituites le matin.

Commémoratifs. Fougellas présente une dysphagie qui remonte à 3 mois 1/2. Le début en a été spontané : il n'a pas avalé de corps étranger ; pas d'ingestion de liquide caustique ; à l'origine la déglutition des dernières parcelles alimentaires exigeait l'ingestion de quelques gorgées de liquide ; la dysphagie a augmenté progressivement, malgré les efforts réitérés du malade, le soin de la mastication et la suppression de l'alimentation par les aliments durs.

État actuel. Le malade ne peut déglutir que les aliments liquides : au moment du troisième temps de la déglutition, sensation de brûlure accusée par Fougellas à gauche du sternum, à peu près à la hauteur du cardia.

Pas de vomissements. Régurgitation et expectoration spumeuse

toutes les deux ou trois heures, jamais il n'a rendu le moindre filet de sang par la bouche.

Tendance à la constipation. Pas de colique ni de météorisme.

Émaciation progressive remontant au début des accidents, mais pas de teinte cachectique.

Au cœur, on ne trouve pas de souffle, le deuxième bruit aortique est fortement claqué, artères moyennement athéromateuses.

Pas de troubles encéphaliques.

Depuis trois mois, la voix est devenue rauque ; le malade ne tousse pas, à l'auscultation les poumons paraissent sains ; cependant un peu de rudesse à l'expiration, au sommet gauche.

Il y a de l'oppression sous l'influence des efforts ou après la déglutition d'une certaine quantité d'aliments ; quelquefois le malade est obligé de suspendre son repas pour le reprendre ensuite ; cette oppression n'a pas augmenté dans ces derniers temps.

Pas de signe de tumeur médiastine, pupilles égales et également contractiles.

Les deux artères radiales battent en même temps.

Pas de souffle ni de thrill vibratoire à l'auscultation.

Pas de ganglions appréciables à la racine du cou.

Le foie paraît normal et ne déborde pas les fausses côtes. La rate n'est pas sensible à la percussion.

Les urines ont l'aspect habituel et une réaction normale ; ni albumine, ni sucre.

L'urohæmatine estcouleur rose de Provins.

Examen de l'œsophage.

Auscultation : on entend à peine un peu de gargouillement à l'auscultation de la partie latérale gauche du cou.

Cathétérisme : une première tentative est faite le 25 janvier. L'olive du plus petit calibre butte contre un obstacle très dur, à 25 centimètres des incisives.

Accès de dyspnée : le malade rend des mucosités claires ; l'olive n'est pas teintée de sang.

On lui donne à boire un peu de bouillon.

1er février. Nouvelle tentative infructueuse ; on essaye de le nourrir avec de la poudre de viande, du bouillon et des œufs ; mais rien ne passe.

6 février : Le malade rejette même les liquides.

Lavement de peptone.

12 février. L'émaciation s'est prononcée depuis quelques jours.

Les renseignements qui précèdent sont dus à l'obligeance de M. Colleville, interne du service, et ont été rédigés d'après ses notes.

Passage en chirurgie dans le service de M. Berger, le 12 février.

Le 12 février. M. Berger fait une première tentative infructueuse : la bougie conductrice est arrêtée à 23 centimètres ; en faisant la défalcation des 15 centimètres de parcours buccal et pharyngien, on voit que le retrécissement siège à la partie supérieure de la région dorsale.

Le 13 février. Deuxième séance sous le chloroforme, d'après la pratique de M. le Dr Verneuil, la bougie conductrice est encore arrêtée à 23 centimètres; il reste donc prouvé qu'il n'y a pas d'œsophagisme.

Cependant, après être restée quelques instants au contact de l'obstacle, la bougie parvient à franchir avec facilité une distance de 12 centimètres : la sonde à bout coupé est alors introduite, mais ne peut franchir l'obstacle par des manœuvres modérées.

En raison de l'impossibilité où l'on se trouvait de franchir l'obstacle, de l'insuffisance des lavements alimentaires, de la résistance encore assez considérable du malade et de l'apparition des premiers symptômes de l'inanition (brûlure épigastrique, tendance aux étourdissements), la gastrostomie fut décidée, et pratiquée le 16 février.

Détails opératoires : Opération faite à 8 heures 1/2 du matin avec l'assistance de MM. Perier et Terrier.

Le malade est facilement chloroformé à son lit; on lui a préalablement enveloppé les membres inférieurs d'ouate et de flanelle.

Il est transporté sur le lit de Mariaud.

L'épigastre et les régions avoisinantes sont lavées à la solution phéniquée (5 %) et rasées avec soin.

Sous le spray, avec toutes les précautions antiseptiques, incision de 5 centimètres, parallèle au bord de la huitième côte, à un travers de doigt au-dessous. Section du feuillet externe de la gaine du droit de l'abdomen, puis de ce muscle : une artériole est liée.

On arrive sur l'aponévrose antérieure du transverse, facilement reconnaissable; elle est très profonde; la plaie a la forme d'un entonnoir; en outre, le chirurgien s'étant placé à droite, elle remonte un peu obliquement dans l'épaisseur de la paroi, de manière à se rapprocher des côtes. Le transverse et son aponévrose sont incisés en dédolant; une artériole est liée; mais, pour découvrir assez largement le péritoine, il faut agrandir l'incision superficielle en dedans et en dehors, c'est-à-dire en haut et en bas. Le péritoine est découvert sur la longueur de 4 1/2 centimètres, la plaie est à sec et on la lave avec la solution forte (5 0/0), puis une boutonnière est faite sur le péritoine saisi avec des pinces; on voit aussitôt les viscères se détacher de la paroi abdominale et se rétracter dans la profondeur; on agrandit avec des ciseaux l'ouverture du péritoine et on saisit les bords de cette boutonnière, de 4 centimètres de long environ, avec des pinces hémostatiques (précaution signalée par M. Verneuil), qui pressent en même temps l'aponévrose du transverse.

On constate alors au fond de la plaie la présence de la face convexe du foie et de son bord antérieur. Celui-ci est très facilement relevé; j'entrevois en dessous un organe à paroi blanchâtre; le doigt, introduit avec toutes les précautions dans la plaie, lui trouve une consistance charnue et ferme; avec des pinces, je l'attire au dehors; ici, un moment d'hésitation se produit; l'organe attiré a une paroi extrêmement musculeuse et épaisse, striée en long comme la paroi de l'estomac, mais il est revenu sur lui-même, étroit, comme cylindroïde, et ne présente guère que 2 à 3 travers de doigt de large.

On ne peut constater la présence du grand épiploon, mais les arborisations qui le couvrent présentent bien la direction, le volume et l'aspect des branches des gastro-épiploïques et de la coronaire stomachique. M. Terrier et moi, nous introduisons successivement le doigt et nous constatons : 1° qu'en suivant le viscère, on se dirige vers le hile du foie d'une part ; de l'autre, dans la direction du cardia ; 2° que l'on ne trouve nulle part ailleurs de corps qui puisse être pris pour l'estomac ; 3° qu'au-dessous l'on sent le colon transverse contenant quelques matières solides dans son intérieur.

L'estomac est alors fixé avec deux aiguilles à tête de verre qui traversent toute l'épaisseur du repli gastrique ; puis douze points de suture sont posés : deux aux angles interne et externe, dix sur les lèvres supérieure et inférieure de la plaie. Ces points, passés avec des aiguilles chargées de fil de soie phéniquée, comprenant les aponévroses et les muscles, le péritoine, toute l'épaisseur de la paroi gastrique. Puis l'estomac est incisé couche par couche entre les épingles ; une artériole de la paroi doit être liée. On fait ainsi une boutonnière de deux centimètres environ, qui ne laisse échapper ni gaz ni aucun liquide, et on réunit la muqueuse gastrique qui borde cette ouverture à l'aponévrose du transverse au moyen de quatre points de suture, en la renversant ainsi à l'extérieur.

Une sonde de Faucher du plus gros calibre a été introduite dans la plaie qu'elle remplit complètement ; elle est fixée à la paroi avec un fil et fermée avec un presse-artère.

Mince couche d'iodoforme (3 grammes environ) sur la plaie ; gaze de Lister iodoformée autour du tube, puis gaze de Lister, Makintosh, ouate, bandage de corps en flanelle.

Le pansement est placé à dix heures et un quart ; l'opération a duré une heure entière.

Pouls bon ; un peu de douleur, vers midi, au niveau de l'hypocondre gauche ; soif très vive.

A une heure, ingestion d'un quart de verre de vin de Champagne coupé avec un demi-verre d'eau glacée ; immédiatement il y a des efforts assez pénibles de vomissements ; cinq minutes après, seringue de bouillon mêlé à une demi-cuillerée de poudre de viande.

Bien supporté.

Glace dans la bouche.

A cinq heures, un peu d'agitation calmée par une petite injection de morphine ; à six heures, une nouvelle seringue de bouillon est bien supportée ; à minuit, pouls petit et irrégulier.

Le malade s'affaiblit.

Mort à trois heures et demie du matin dans le collapsus, dix-neuf heures après l'opération.

Autopsie.

L'autopsie fut pratiquée le 18 février 1883, à dix heures du matin, trente et une heures après la mort, en présence de MM. Barth et Berger.

Le cadavre est modérément amaigri et ne présente pas de putréfaction.

On pratique une incision longitudinale de l'abdomen portant sur le muscle grand droit du côté droit. Incision transversale de l'ombilic à la crête iliaque de chaque côte.

Il ne s'écoule pas de liquide à l'ouverture du péritoine; il ne s'échappe pas de gaz.

Aucune injection péritonéale; l'épiploon recouvre l'intestin; l'un et l'autre présentent leur aspect normal.

Du côté droit, au niveau de la vésicule biliaire et en dessous d'elle, se trouve un peu de liquide coloré en rouge, mais tachant le linge en jaune d'ocre.

La face supérieure du foie est saine; en soulevant son bord antérieur, on trouve immédiatement la face antérieure de l'estomac fixée à la paroi abdominale; une injection et une infiltration sanguine assez forte siègent dans le fascia sous-péritonal de la paroi.

L'estomac n'a que deux travers de doigt de largeur. Pas de trace de péritonite ni d'épanchement sanguin.

Les épiploons gastro-hépatique et gastro-colique paraissent absolument sains.

L'estomac est fixé à la paroi, très près de son extrémité pylorique, par des adhérences récentes déjà très solides.

La sonde remonte jusqu'au niveau du cardia.

Vésicule biliaire très distendue.

Thorax. — Pas de liquide dans les plèvres ni dans la péricarde.

Œsophage. — Infiltration sanguine péri-œsophagienne dans la partie supérieure de la région dorsale; peu d'adhérences aux parties voisine sauf à la trachée. Un stylet passe facilement dans la portion retrécie.

A l'ouverture de l'œsophage, on constate une dégénérescence cancéreuse sur une étendue de 4 à 5 centimètres : la partie coarctée se trouve à la partie inférieure.

Au-dessus, dilatation considérable sur la face antérieure, au niveau de l'adhérence précédemment indiquée, existe une large ulcération faisant communiquer la cavité de l'œsophage avec la trachée, à 2 ou 3 centimètres au-dessus de sa bifurcation.

Cette ouverture, non traumatique, présente une forme ovalaire à grand axe parallèle à celui de l'œsophage, de 1 à 2 centimètres de long sur 1 centimètre de large.

Les bords sont irréguliers, déchiquetés, amincis, formés aux dépens du néoplasme.

L'observation qui précède confirme ce que nous savons de l'extrême gravité de la gastrostomie lorsqu'elle est pratiquée dans des rétrécissements cancéreux de l'œsophage. M. L.-H. Petit, dans l'ouvrage que vous avez couronné en 1877, et plus tard dans une revue générale fort bien faite (*Revue des sciences médicales*, t. XVI, p. 746, 1880), a recueilli tous les faits publiés de gastro-

Paris. — Soc. d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue Jean-Jacques-Rousseau (Cl.) 52.4.83.

stomie ; celle-ci aurait, d'après son relevé, été pratiquée 40 fois pour cancer infranchissable de l'œsophage ; 35 des opérés ont succombé aux suites immédiates de l'opération, au bout de 1 à 14 jours. Les 5 autres, considérés comme guéris de l'opération, sont morts de 17 jours à 6 mois après elle.

Il faut joindre un fait de plus à ceux où la terminaison fatale a été hâtée, ou directement produite par l'intervention.



Quelle fut donc ici la cause de la mort ? Ce ne fut pas la péritonite : l'examen de l'abdomen, pratiqué avec le soin le plus scrupuleux, nous a montré le péritoine et les viscères complètement indemnes d'inflammation. Il n'y avait pas eu de perte de sang, ni d'épanchement sanguin dans le ventre ; des adhérences assez solides unissaient déjà, au bout de 18 heures, le péritoine pariétal au péritoine viscéral au niveau de la bouche artificielle. Peut-on la mettre sur le compte de l'iodoforme ? 3 à 4 grammes de cette substance seulement furent versés sur la plaie extérieure, et journellement il nous arrive d'en employer des doses bien supérieures pour le pansement de malades fort affaiblis. Il nous semble qu'on ne peut invoquer ici que la perturbation profonde apportée par l'acte opératoire, ses préliminaires et ses suites, aux fonctions alanguies d'un vieillard affaibli par l'inanition et l'existence d'un cancer viscéral : c'était, qu'on me passe l'expression, un équilibre chancelant que l'opération a détruit. Et pourtant ce malade n'était pas encore arrivé au degré d'émaciation et de dénutrition auquel étaient parvenus la plupart de ceux qu'on a opérés de gastrostomie : il n'était pas cachectique, l'autopsie démontra qu'il n'existait aucune tumeur secondaire dans les viscères : j'espérais donc que, malgré le pronostic généralement si grave de l'opération chez les cancéreux, celle-ci serait pratiquée dans les conditions les plus favorables pour assurer au malade une survie aussi longue que possible. Il n'en a rien été, et, en présence de cet insuccès, je dois me demander si la gastrostomie ne doit pas être définitivement rejetée en cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage ?

Je ne le pense pas : comment, en effet, assister à la mort d'un malade succombant à la faim et à la soif, sans rien tenter pour lui venir en aide ? Et notre cas montre, mieux que tout autre, que la dernière des ressources à laquelle on puisse avoir recours, est le cathétérisme de l'œsophage. Ici, une perforation latente de la trachée eut menacé le malade du passage de la sonde et des injections alimentaires dans les voies aériennes. Heureusement que l'obstacle fut infranchissable, car, répétées pendant le sommeil anesthésique, comme nous fûmes obligé de le faire, les tentatives d'alimentation eussent pu avoir pour conséquence subite la mort du malade, étouffé par les matières injectées dans les bronches.

Si, du reste, nous devons avouer un insuccès thérapeutique complet, il est certain que les précautions mises en usage pour mettre le péritoine à l'abri de toute infection furent suffisantes, et qu'en agissant avec les mêmes précautions, on aurait chance désormais de diminuer beaucoup les tendances à la péritonite.

Reste la question du manuel opératoire. Celui-ci ne me paraît pas avoir été suffisamment précisé, même dans le Traité de M. L.-H. Petit.

Quelques recherches préliminaires faites à l'école pratique sur des sujets émaciés, à ventre fortement rétracté, ont été confirmées par les constatations que j'ai pu faire au cours même de l'opération.

La meilleure incision me paraît être celle qu'ont préconisée MM. Labbé et Verneuil, parallèle au cartilage de la 8e côte, à 2 centimètres au-dessous d'elle : cette incision est celle qui correspond à la région où l'estomac est le plus facilement accessible. Plus haut, on serait gêné par le foie ; plus bas, l'estomac rétracté serait trop éloigné du bord des fausses côtes, et des tractions seraient nécessaires pour le maintenir au contact de la paroi abdominale. Cette incision, néanmoins, offre un double inconvénient : le premier, peu considérable, est que, pour atteindre l'estomac, il faut, même en ce point, relever le plus souvent le bord antérieur du foie, ce qui se fait sans difficulté ; le second, plus grave, tient à ce qu'en ce point on atteint la face antérieure de l'estomac auprès de son extrémité pylorique, ce qui pourrait être un obstacle sérieux à l'alimentation.

Il importe d'indiquer nettement les plans que l'on rencontre en divisant la paroi abdominale. Après la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, ce sont : 1) le feuillet antérieur de la gaine du muscle droit de l'abdomen ; 2) le faisceau externe de ce muscle ; 3) le feuillet postérieur de sa gaine, fort adhérent au muscle transverse, dont on reconnaît facilement les fibres à direction transversale ; 4) l'aponévrose du transverse unie au péritoine. Des vaisseaux assez nombreux, dépendant du système d'anastomoses de l'épigastrique et de la mammaire interne, se voient dans la gaine du muscle droit, surtout en arrière de ce muscle ; quelques vaisseaux peuvent aussi se rencontrer dans l'épaisseur du muscle transverse.

La recherche de l'estomac mérite également que l'on s'y arrête. Dès que le péritoine a été ouvert, ce viscère s'est détaché de la paroi abdominale et s'est retiré dans les profondeurs de l'hypocondre gauche. En faisant bailler les bords de la plaie, on voit le foie ; en refoulant en haut le bord antérieur du foie, on découvre l'estomac, qui présente une coloration blanchâtre,

bien différente de celle des autres organes ; le doigt qui explore sa consistance la trouve beaucoup plus ferme que celle des anses intestinales. Mais comme l'estomac est revenu sur lui-même par le fait de l'inanition, comme la partie qui en est accessible se rapproche de la région pylorique, au lieu de la forme classique qu'on lui décrit, il se présente sous forme d'un canal allongé, d'un calibre à peine supérieur à celui de l'intestin. Voici les caractères qui permettront de le reconnaître sans hésitation :

1) Attiré dans la plaie, il a une épaisseur de parois, une consistance charnue et musculaire telle qu'aucun intestin n'en offre de semblable. Cette considération suffirait à elle seule pour établir sa nature ;

2) Sa surface, d'un blanc rosé, ne présente ni bosselures, ni tractus de fibres longitudinales comme le gros intestin ;

3) Les vaisseaux qui l'abordent sont très volumineux et ils présentent la disposition bien connue et facile à constater des branches des artères gastro-épiploïques et des veines qui les accompagnent, disposition toute différente de la répartition en arcades des vaisseaux mésentériques, au niveau de l'intestin.

4) En suivant avec le doigt introduit dans le ventre la face antérieure de l'estomac vers la droite, on arrive à la vésicule biliaire ; vers la gauche, on s'enfonce profondément dans l'hypocondre, et on peut remonter jusque vers la région du cardia. Vers le haut, rien ne s'interpose entre la face inférieure du foie et le viscère que l'on a saisi ; enfin, en bas on peut constater l'existence du grand épiploon, ou même reconnaître avec le doigt la présence du colon transverse, grâce aux matières dures qu'il renferme presque toujours. Je suis convaincu qu'en se guidant sur ces données on ne pourra commettre d'erreur.

Je n'ai rien à ajouter sur le reste du manuel opératoire. J'ai adopté la suture mise en usage par M. Verneuil, sauf que je me suis servi d'aiguilles munies de fil et de soie phéniquée; en outre, sur le conseil de M. Perier, j'ai fait une suture spéciale pour la muqueuse gastrique que j'ai renversée au dehors de l'incision, pour faire une sorte de bordage de l'ouverture artificielle.

M. Sée. J'ai dans mon service, depuis environ six semaines, une femme de 45 ans, qui porte à la fois une canule trachéale et une canule stomacale. La trachéotomie et la gastrostomie ont été pratiquées à Vienne, la première le 14 août 1882, par le professeur Schnitzler; la seconde, au mois de novembre suivant, par le professeur Albert, qui est sans doute le chirurgien qui a fait le plus souvent la gastrostomie.

Dans un travail, en effet, publié par le docteur Maydl dans les

Wiener méd. Blatter de 1882 (nos 15 à 19 et 21 à 24) et dont nous trouvons un extrait dans le *Centralblatt f. chirurgie* de 1882 (p. 641), il est dit qu'en 1881, 21 cas de rétrécissement de l'œsophage se sont présentés à la clinique du professeur Albert, et que 12 fois on procéda à la gastrostomie. Deux fois, il est vrai, on dut s'arrêter après avoir mis l'estomac à découvert, mais sur dix malades on sutura l'organe avec la paroi abdominale. De ces dix malades, deux moururent avant qu'on eût incisé l'estomac, chez les huit autres, l'estomac fut ouvert, deux fois immédiatement, six fois au bout d'un certain temps. Trois des opérés moururent de péritonite généralisée, cinq survécurent à l'opération, savoir : quatre cancéreux de deux à quatre mois, et un patient atteint de rétrécissement fibreux, encore en vie et bien portant, sa stricture ayant pu être dilatée plus tard.

Chez notre malade, atteinte de rétrécissement des voies respiratoires et de l'œsophage, probablement par suite de syphilis, la gastrostomie fut pratiquée en plusieurs temps et dura près d'un mois. On fit d'abord une incision avec le bistouri n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la paroi abdominale, la malade chloroformée après avoir reçu une injection hypodermique de morphine. Après huit jours de repos absolu, on pratiqua trois cautérisations, à deux jours d'intervalle, avec le thermo-cautère, la malade étant debout. Puis nouveau repos de huit jours, suivi de l'incision de l'estomac avec le thermo-cautère. L'ouverture de l'estomac fut dilatée graduellement au moyen de laminaria, et reçut ensuite une canule spéciale, qui est laissée à demeure et que la malade ferme avec un obturateur dans l'intervalle des repas. Les aliments, toujours liquides, sont versées dans un entonnoir qu'on met en communication avec la canule au moyen d'un tube de caoutchouc. La malade, depuis son opération, a toujours été bien portante et n'a pas gardé le lit un seul jour. Elle a bonne mine, reprend des forces et ne se plaint que d'une salivation assez abondante. A l'époque de l'opération elle pouvait encore avaler de très petites quantités de liquides; mais depuis longtemps l'œsophage est devenu complètement imperméable.

Mme N... est entrée à la maison de santé à cause d'un phlegmon assez volumineux qui s'était développé autour de sa canule trachéale, et qui a nécessité une incision : ce phlegmon est en voie de guérison.

M. Verneuil. Je veux laisser de côté ce qui a été dit des causes de la mort à propos du malade de M. Berger. Il y a des malades chez lesquels on ne trouve rien, et on met la mort sur le compte du collapsus, du choc opératoire, etc.; quand on meurt comme

cela je dis qu'on avait des lésions graves. Je demande à réserver les faits de ce genre pour la discussion qui va bientôt s'ouvrir. Je note seulement que M. Sée a reproché une intervention trop tardive.

J'avais vu le malade l'avant-veille, son aspect n'était pas mauvais, et il n'y avait pas plus de cinq jours que l'alimentation avait cessé, il était infiniment moins épuisé que celui que j'ai opéré, qui ne prenait rien depuis six semaines et en était arrivé à n'avoir que 35° 1/2 de température. Pourtant mon malade a guéri et celui de M. Berger est mort. On ne saurait accuser les manœuvres opératoires. M. Berger a bien fait son opération, cela ne supporte pas le doute. Il y a autre chose, il s'agit ici d'une question d'opportunité. Nous savons la divergence de vues qui existe entre les chirurgiens anglais et les chirurgiens français au sujet du cancer du rectum. Les premiers veulent qu'on opère de bonne heure, les seconds ne veulent pas qu'on intervienne tant qu'il n'y a pas d'accidents. Pour le cancer œsophagique, M. Albert opère de bonne heure, la preuve est qu'il met un long intervalle entre les temps de son opération. Ce qui suppose la persistance de la perméabilité de l'œsophage.

Mais si l'œsophage est perméable, les malades pourraient vivre plusieurs mois sans opération, et le bénéfice attribué à l'opération sous le nom de survie se trouve largement compensé.

En sorte qu'on ne peut pas affirmer qu'un individu opéré de bonne heure, s'il ne succombe pas dans les premiers jours comme cela s'observe assez souvent, vivra plus ou même autant que s'il n'avait pas été opéré. La récente communication faite à l'Académie de médecine de Belgique, par M. Faucon, ne fait que me confirmer dans mes hésitations en ce qui concerne le cancer, il faut encore beacoup de faits pour arriver à bien poser les indications.

Quant aux rétrécissements fibreux il n'y a pas de doute, je suis toujours disposé à intervenir, et le résultat que j'ai obtenu est bien fait pour encourager, car mon malade a vécu trois ans et est mort accidentellement, pour une cause étrangère à la lésion œsophagienne.

Lecture.

M. Schwartz lit une observation de thyroïdectomie totale, et fait suivre sa lecture de la présentation de la malade.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Richelot, Nicaise et Tillaux.

M. Poulet lit une note sur une variété d'exostose de l'humérus. (M. Nicaise, rapporteur.)

Election.

Il est procédé à l'élection d'une commission composée de trois membres pour l'examen des titres des candidats à une place de membre titulaire.

Sont désignés : MM. Richelot, Delens, Monod.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 21 mars 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° *M. le baron Larrey offre à la Société les Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences pour l'année* 1882 *et les Bulletins de l'Académie de médecine, année* 1882.

3° *M. Trélat offre à la Société, pour le prix Duval, deux exemplaires de la thèse de M. Ramonède, intitulée : le Canal péritonéo-vaginal et la hernie péritonéo-vaginale étranglée chez l'adulte.*

4° *De l'extraction de la cataracte; retour à la méthode de Daviel, par le Dr Chavernac, d'Aix.*

5° *De la malaxation de l'œil après la sclérotomie, par le Dr Dianoux, de Nantes. (Rapporteur, M. Terrier.)*

Rapport

Taille hypogastrique. — *Guérison*, par M. le Dr Schwartz.

Rapport par M. Ch. Monod.

Je n'ai que peu de mots à vous dire sur l'observation que vous a communiquée mon excellent collègue et ami, le Dr Schwartz.

C'est encore un fait qui vient éloquemment plaider en faveur de la taille hypogastrique, avec cette circonstance particulière qu'il montre, comme je le soutenais dans une de nos séances précédentes, que la taille hypogastrique est une opération facile et sûre, même sans l'appoint, très important cependant, que lui ont apporté les perfectionnements récents du *manuel opératoire*.

Il y a cinq ans déjà, alors, par conséquent, que la taille hypogastrique ne jouissait pas encore de la faveur qu'on paraît disposé à lui accorder à nouveau aujourd'hui, M. Schwartz était appelé auprès d'un malade âgé de 60 ans, offrant tous les signes fonctionnels d'un calcul vésical. Il y avait de plus une cystite calculeuse intense. L'état général était très mauvais; amaigrissement et épuisement faisant des progrès rapides.

L'examen local fit constater l'existence de deux calculs au moins, volumineux et très bas situés. Le toucher rectal permettait, en effet, de les sentir nettement.

On constatait en même temps que la prostate était très grosse.

La vessie était d'une intolérance extrême; le liquide injecté était aussitôt expulsé.

La multiplicité des calculs, leur volume, l'intolérance de la vessie, décidèrent M. Schwartz à renoncer à pousser plus loin toute entative de lithotritie. Il se résolut presque d'emblée à pratiquer la taille. Il fit choix de la taille hypogastrique, le volume des calculs et celui de la prostate lui paraissant contre-indiquer la taille périnéale.

L'état général du malade commandait, au reste, une prompte intervention.

L'opération fut pratiquée sans instrumentation spéciale : un bistouri et le cathéter cannelé, qui sert pour la taille périnéale, suffirent. On était, du reste, à la campagne ; l'opération était urgente ; on dut se contenter de ce que l'on avait sous la main.

Le malade profondément endormi, on put laver la vessie avec de l'eau légèrement phéniquée et en faire conserver une petite quantité. Le sujet était très amaigri ; la saillie du cathéter put être sentie au-dessus du pubis à travers la paroi abdominale. On incisa

couche par couche, jusque sur le péritoine, qui fut décollé et maintenu par un aide.

La vessie fut ouverte sur le cathéter dans une longueur de 4 centimètres environ (l'incision superficielle mesurait 6 centimètres).

Un premier calcul fut facilement saisi et extrait avec une tenette courbe; le second était moins accessible ; on reconnut avec le doigt qu'il était comme encapsulé dans le bas-fond. Il fallut introduire un doigt dans le rectum pour soulever, dégager la pierre et la porter pour ainsi dire au devant de la tenette. L'extraction s'acheva alors sans difficulté.

Ces deux calculs étaient plus gros encore qu'on ne l'avait supposé : le premier mesurait 6 centimètres de long, 4 de large, 3 d'épaisseur ; le second, plus volumineux encore, était épais de 3 centimètres et demi. Ils s'appliquaient par une de leurs faces exactement l'un sur l'autre.

On laissa à demeure dans l'urèthre une sonde rouge en caoutchouc. La vessie fut drainée à l'aide d'une grosse mèche de charpie phéniquée.

On ne fit aucune réunion ; on se contenta d'appliquer un pansement absorbant.

Les suites de l'opération furent des plus simples. L'observation manque malheureusement de détails à ce sujet. On ne sait exactement quand la plaie fut fermée et quand le cours normal des urines se rétablit.

M. Schwartz, rappelé à Paris, ne put suivre son malade ; il sut seulement que l'urèthre dut rapidement livrer de nouveau passage à l'urine, car la mèche vésicale ne fut changée que deux ou trois fois. Trois semaines, du reste, après l'opération, la guérison était complète ; la plaie abdominale était fermée. L'opéré, revu deux ans plus tard, se portait à merveille.

Ce court récit justifie complètement la conduite tenue par M. Schwartz dans cette circonstance.

Toute autre opération que la taille hypogastrique aurait assurément conduit à un désastre.

Le nombre et le volume des calculs, l'inflammation de la vessie, l'état général du malade contre-indiquaient une opération nécessairement lente, telle que la lithotritie. Aujourd'hui même que la pratique de la lithotritie en une séance se vulgarise, nous ne croyons pas que les circonstances que nous venons d'énumérer eussent permis dans ce cas d'y recourir.

Nous estimons de même que l'enchatonnement de l'un des calculs, les difficultés d'extraction qui en résultèrent et le volume de la prostate, auraient rendu la taille périnéale non moins dangereuse.

Rien n'égale au contraire, comme on l'a vu, la simplicité avec laquelle les choses se sont passées à la suite de la taille hypogastrique.

Dois-je faire remarquer une fois encore que, quel que soit le volume du ballon de Petersen et du double tube à drainage de M. Perier, l'opération peut réussir sans que l'on ait recours à ces adjuvants utiles ; de même que l'on peut se passer de l'arsenal compliqué de Delmas et de Souberbielle.

Ce n'est pas que je mette sur le même plan l'instrumentation surannée de nos prédécesseurs et les améliorations très réelles apportées de nos jours à la technique de la cystotomie sus-pubienne.

Mieux vaut assurément, je suis le premier à le reconnaître, se conformer aux règles de conduite que, avec M. Guyon, j'ai tout récemment défendues devant vous.

L'observation de M. Schwartz montre cependant, après bien d'autres, que ces précautions ne sont pas indispensables.

On devra, si le cas est urgent, oser, malgré l'imperfection de l'outillage dont on dispose, faire une taille hypogastrique dont le succès est probable, plutôt que se résigner à une taille périnéale, dont l'échec, en pareille circonstance, est presque certain.

Je vous propose : 1° de déposer l'observation de M. Schwartz dans nos archives ; 2° d'adresser des remerciements à l'auteur.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Discussion sur l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.

M. Trélat. Lorsque M. Verneuil vous a fait la remarquable communication à laquelle je désire répondre aujourd'hui, ma première impression a été, ainsi que je l'ai dit à ce moment, que cette communication soulevait trois points principaux. A l'heure actuelle, je ne me dédis pas de cette appréciation première, et pour mettre un peu d'ordre dans la discussion, je suivrai pas à pas chacun de ces points.

M. Verneuil a commencé par nous communiquer une observation très intéressante d'un malade tuberculeux et albuminurique qui a subi une opération importante et qui en a guéri merveilleusement, si toutefois, comme le dit notre collègue, on se borne à l'observation grossière du fait.

Mais si l'on entre dans les détails, si l'on tient compte d'une série de recherches délicates faites sur ce malade par M. Redard, si l'on tient compte de l'état de sa température, si surtout l'on examine avec soin son urine avant et après l'opération, on est frappé de cette circonstance que cette urine a présenté, à la

suite du traumatisme, une série de troubles dans son état constitutif.

Je n'ai que du bien à dire de cette observation fort intéressante, fort bien prise, et du tableau qu'y a annexé M. Redard ; ce travail atteste certainement de sa part des recherches aussi patientes que scientifiques, et qui appellent l'attention. Mais j'ai dit et je répète qu'elle était contestable quant aux déductions qu'en a tiré notre collègue. Je ne saurais, au point de vue spécial qui nous occupe en ce moment, y voir la preuve de la thèse soutenue par M. Verneuil, de l'influence funeste du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

Que voit-on, en effet, lorsqu'on examine dans ses détails l'observation et son tableau ? On y voit un scrofuleux en proie à de graves états morbides, qui, après une amputation de jambe, a eu deux jours de fièvre, d'ailleurs légère, puisque sa température n'a guère dépassé 38°, et qui, simultanément, a rendu par son urine une quantité d'urée et d'albumine plus élevée qu'il n'en rendait habituellement. Cette augmentation était, d'ailleurs, plutôt relative qu'absolue, puisqu'elle s'accompagnait d'une polyurie très notable et que, si on prend les chiffres proportionnels au lieu des chiffres absolus, la seconde colonne au lieu de la première, on trouve une augmentation de 4 à 5 millièmes pour l'urée et de 3 à 4 millièmes pour l'albumine.

Or, chez un pareil malade, immédiatement après l'opération, que voit le chirurgien ? Je lis la phrase de M. Verneuil : « Les douleurs cessent, la septicémie chronique disparaît, les symptômes thoraciques s'amendent, les fonctions digestives se restaurent, le moral se rassure, le trauma évolue à souhait. Fièvre traumatique presque nulle..., puis, sous le pansement ouaté, la cicatrice se fait toute seule, aussi rapidement aussi complètement, aussi régulièrement qu'avec la suture la plus exacte et le meilleur pansement antiseptique. »

M. Verneuil ajoute qu'à s'en tenir là, on aurait pu supposer que le trauma avait avantageusement modifié l'état des viscères antérieurement lésés.

Mais il n'en était rien. Dans ce ciel, il y a un nuage, un léger nuage... d'albumine que révèlent les recherches de MM. Behal et Redard, et M. Verneuil y voit un retentissement non équivoque de la blessure sur la grande maladie.

Est-ce bien exact ? Peut-on conclure de ces recherches que l'opération a réellement aggravé l'état de ce tuberculeux à manifestations multiples ? En aucune façon, à mon avis du moins. Cette impulsion légère du côté de la sécrétion urinaire — si légère même qu'il a fallu des procédés de laboratoire pour s'en aperce-

voir — coïncidant avec une amélioration si grande de l'état général, n'est guère faite pour entraîner notre conviction et pour nous faire dire que, même en l'absence de toute apparence, les opérations aggravent les propathies, ou états pathologiques antérieurs.

En quoi aggravés d'ailleurs? Je le cherche en vain quand je compare le tableau de l'opéré convalescent avec son triste et douloureux état pendant l'année précédente.

Au cours de sa communication, notre collègue nous dit qu'un chirurgien hollandais avait fait la remarque que, jusqu'à présent, les nombreux travaux qu'il a consignés dans ses écrits ou communiqués aux divers Congrès, sur le sujet qui nous occupe, avaient toujours été accueillis avec politesse, mais silencieusement. Qu'ils aient été accueillis avec politesse, ce n'était que justice. Qu'ils aient été accueillis silencieusement, je n'en rechercherai pas la cause chez les autres, mais je dirai les raisons qui ont fait que, pour mon compte, je n'ai jamais, jusqu'ici, pris la parole sur ce sujet.

Il y a dans les affirmations de M. Verneuil une très grande part de vérité clinique, à laquelle je serai le premier à souscrire, à laquelle tous nos collègues, j'en suis sûr, souscriront également. Mais il y a aussi quelques points délicats, moins prouvés, moins certains, une sorte de généralisation excessive. En présence de ces propositions, on se sent entraîné trop loin. Aussi, quand il faut arriver à une synthèse complète, et dire voilà la loi générale, absolue, on hésite et on se tait. Les faits, je les accepte, mais je repousse la loi, parce qu'elle ne s'applique pas à tous les cas, parce que, en raison de son caractère de généralité, elle me porte à dire qu'elle est fausse dans certains cas.

Restreignez sa portée; ne cherchez point à courber sous elle les faits qui n'y rentrent pas, et alors nous nous trouverons complètement d'accord.

M. Verneuil nous a apporté plusieurs faits; voici, si je puis m'exprimer ainsi, le schéma du premier: Un individu est affecté d'un cancer interne méconnu et porte une tumeur périphérique appréciable, parfaitement opérable, que l'on opère et que l'on panse dans les meilleures conditions. Peu de temps après, le blessé tombe dans un état d'affaissement physique, dans un demi-coma, et s'éteint. Ce schéma est exact; je mettrai tout à l'heure dessus une observation conforme.

Eh bien, que voit-on dans ce fait réduit à sa plus simple expression? Que voit-on dans l'histoire du malade qui nous était rapportée, à la dernière séance, par M. Berger? Le malade meurt, cela est vrai, mais je le dis en mon âme et conscience, je ne comprends

pas bien où a été l'aggravation de sa propathie. Je ne puis voir, chez ce cancéreux que l'on a opéré, un symptôme quelconque me permettant de dire : L'opération a aggravé son cancer. Dites, si vous voulez, que lorsqu'on opère des cancéreux atteints de cancers méconnus, on est exposé à des désastres, vous aurez raison, mais dire que la maladie préexistante a été aggravée par le traumatisme, je n'en vois pas la preuve.

Cette démonstration, je la poursuis pour d'autres malades.

Voici un diabétique qui a le pied écrasé sur un chemin de fer. On l'ampute ; le lendemain, après une bonne journée et une bonne nuit, on constate qu'il a de la stupeur, il se refroidit et meurt la nuit suivante. C'est là un fait d'observation, ce n'est pas la première fois que les choses se passent ainsi, mais il n'en est pas moins vrai que si l'on voit le malade mourir, on ne voit pas où a été l'aggravation de sa première maladie. M. Verneuil nous dit que son état antérieur s'est aggravé jusqu'à la mort : c'est un abus de langage. Il est mort, c'est un fait brutal, la coexistence du diabète et du traumatisme est manifeste, il fallait la noter, et c'est ce que M. Verneuil a fait, rendant ainsi un véritable service chirurgical que je suis le premier à reconnaître. Mais il faut ne pas aller au delà, parce que rien ne nous démontre que nous ayons le droit de le faire. Le diabétique, le diabétique grave surtout, est un blessé ou un opéré dangereusement menacé. Où est la preuve que ce danger vienne de l'aggravation du diabète et non de la préexistence du diabète ?

Je continue : M. Verneuil est mis en présence d'une hernie étranglée. Il n'était pas très rassuré au sujet de ce malade, maigre, triste, sans moral, sans résistance, dyspeptique ; cependant, comme les accidents le contraignent, il opère. Les chose, d'abord, se passent parfaitement bien, mais le malade reste faible, anémié, il a une hémorragie ; un jour qu'on veut le remuer, il a une syncope et finalement il s'éteint le 26e jour. L'autopsie n'a pu être faite ; mais comme M. Verneuil avait trouvé, pendant la vie, que le foie était petit, il conclut que le malade avait une cirrhose et qu'il a succombé à l'aggravation de sa cirrhose. C'est possible, mais, je n'en vois pas la démonstration ; je n'en suis pas convaincu. Ce malade avait une organisation déplorable, et s'il a succombé aux suites d'une opération faite le plus régulièrement possible, c'est parce qu'il n'a pu prendre le dessus. Que ce soit sa cirrhose ancienne qui l'ait fait succomber, c'est possible, mais je ne vois pas où a été l'aggravation de sa cirrhose.

Enfin, voici une dernière observation ; celle-là me paraît plus discutable encore, et, à la lecture, elle n'a pas été sans soulever quelques signes de doute parmi nous. Il s'agit d'un cas rapporté par M. Picqué :

Un homme de 44 ans a le gros orteil écrasé. Six semaines après, le malade sort de l'hôpital, se considérant comme guéri. Il rentre au bout de quelques jours pour un adéno-phlegmon de l'aine, dont l'ouverture s'accompagne de l'écoulement d'une grande quantité de pus et amène un soulagement manifeste. Quelques jours après, le malade est pris de fièvre sans cause appréciable,dit l'observateur, et il succombe. On trouve dans le péritoine huit litres de sérosité, avec fausses membranes, infiltration purulente de la fosse iliaque. Ajoutons que le foie était volumineux.

En présence de ce fait, j'avoue que, malgré toute l'autorité qui s'attache à si juste titre aux remarques de notre collègue, je ne puis admettre que ce malade est mort à cause de son foie, dont l'affection avait été méconnue au premier abord. Cette histoire me paraît, au contraire, des plus simples : cet homme avait des lésions suffisantes pour succomber, il était digne de mourir ; que son foie ait été gros et hypertrophié, je ne dis pas non, mais sa mort s'explique parfaitement en dehors de cette hypothèse.

Je me résume : Je vois bien, dans ces quatre observations, des individus qui, atteints d'états pathologiques plus ou moins graves, ont vu leur traumatisme singulièrement aggravé par la préexistence de ces états, mais ce que je ne vois pas, c'est que le traumatisme, pris à l'état d'entité morbide,ait aggravé une lésion antérieure et que ce soit par le mécanisme de cette aggravation que les blessés succombent. Que ce soit par le fait de cette lésion antérieure, c'est possible ; c'est même probable, mais ce n'est pas par son aggravation.

M. Verneuil nous a cité ensuite plusieurs faits empruntés à la chirurgie étrangère, mais en citant ces faits, il paraît avoir changé de but de démonstration ; il a oublié un peu ses premières vues, et il s'est surtout attaché à critiquer certaines pratiques de la chirurgie étrangère. Je ne vais pas contre cette critique.

Un chirurgien ayant à soigner une malade, qu'il sait diabétique, ne prend aucune précaution contre son diabète et lui enlève une tumeur du sein. Tout va bien jusqu'au moment où se déclarent des accidents mortels qui emportent la malade.

Ici c'est un enfant de treize ans, qui avait eu une péritonite et une pérityphlite. Ces accidents étaient loin d'être calmés lorsqu'il entra à l'hôpital, le 26 décembre, pour une ostéomyélite du tibia. Le 28 décembre, sans grande enquête, sans grand examen, on lui ampute la cuisse. Cette amputation se comporte bien au point de vue opératoire, seulement la pérityphlite continue et le malade meurt onze jours après l'opération.

Dans un troisième cas, c'est un jeune homme qui, à la suite d'une blennorrhagie persistante, a des arthrites multiples et particulière-

ment une arthrite rhumatismale de la hanche: on résèque cette hanche. Le traumatisme se comporte bien, mais des accidents cérébraux se déclarent et le malade meurt.

Je répète, après M. Verneuil, qu'il eût été préférable d'endormir le malade, de mettre son membre dans une bonne position et de l'immobiliser.

Enfin, il est une dernière opération, critiquable à tous les points de vue, qui n'a heureusement pas pris rang dans notre pays. Un vieillard misérable, souffreteux, se présente avec une tumeur maligne de la prostate, On lui résèque sa prostate et il succombe : de l'opération, de vieillesse, de décrépitude ? Vous choisirez.

Ce sont là, comme M. Verneuil l'a dit, des opérations parfaitement inopportunes en tous les cas, faites prématurément et sans enquête suffisante des indications et contre-indications ; nous sommes d'accord sur ce point.

Ces faits sont si simples; ils attestent un si frappant oubli des règles les plus élémentaires, qu'il est difficile d'y apercevoir une preuve en faveur de l'aggravation des propathies par le traumatisme.

Mais je ne veux pas plus longtemps insistor sur un désaccord qui porte plus sur la forme que sur le fond des chosee. C'est la formule trop générale et trop contournée que j'ai peine à accepter, mais j'adopte sans réserve le fond pratique et simple de l'idée et, par exemple, je souscris absolument à la conclusion 4 du mémoire de M. Verneuil. En fin de compte, dit-il, il est nécessaire pour soigner une blessure, entreprendre une opération, en porter le pronostic, en assurer le succès, de poursuivre sans doute l'asepsie et l'apyrexie, mais de s'occuper avec un soin égal du personnage particulier qu'on soigne et de l'état organique dans lequel il se trouve.

Il y a longtemps, sans doute, qu'on prescrit de tenir compte de l'état général des malades qui vont être opérés. Cet état général comporte évidemment les traces ou les tares des maladies qui les ont antérieurement frappés et des diathèees dont ils sont atteints. Mais ce sera un mérite pour M. Verneuil d'avoir, à maintes reprises et sous toutes les formes, attiré et fixé l'attention des chirurgiens sur l'étude attentive et détaillée de ces conditions majeures.

Quant à moi, j'énoncerais volontiers de la manière suivante ma pensée sur cet important sujet :

Les états pathologiques préexistant, chez les blessés ou les opérés aggravent, de façons diverses et dans des mesures variées, le pronostic des blessures; il faut donc rechercher avec le plus grand soin ces importants éléments de pronostic ou de détermination opératoire.

Ce n'est pas sans intention que je dis : de façons diverses et dans des mesures variées.

Voici un certain nombre d'exemples tirés de ma pratique qui, tout en prouvant que si, dans quelques cas, la proposition énoncée se rapproche de la vérité absolue, il en est d'autres qui justifient les restrictions que j'ai faites.

Récemment je recevais un homme de 56 ans, encore vigoureux, quoique un peu amaigri, qui avait eu quelques vomissements auxquels nous attachâmes peu d'importance, et qui portait au bras gauche une petite tumeur paraissant mobile; en raison des douleurs névralgiques qu'elle produisait; je la considérai comme un pseudo-névrome et je l'opérai. Pendant l'opération, je reconnus qu'il s'agissait d'un cancer, en connexion intime et indestructible avec les vaisseaux et nerfs voisins, et nécessitant une opération radicale. En conséquence, je désarticulai l'épaule.

L'opération se fit de la manière la plus régulière, et, le soir, le malade allait bien; mais sa nuit fut médiocre, le lendemain il paraissait faible, et le surlendemain il s'éteignait. Sa plaie était restée constamment d'apparence irréprochable. A l'autopsie, nous constatâmes un petit cancer du pylore.

Voici un second fait :

Il s'agit d'une dame à laquelle j'enlevai un cancer du sein ; la plaie marcha de la manière la plus régulière, mais, un mois après l'opération, la malade avait des vomissements ; elle pâlissait, maigrissait et ne tardait pas à succomber : la mort parut être la conséquence d'un cancer de l'estomac préexistant. L'autopsie n'a pas été faite.

Ces deux observations prouvent une chose qui rentre dans les idées de M. Verneuil, et que j'admets sans conteste, c'est que le pronostic des opérations est grave chez les individus atteints de cancers viscéraux.

M. Verneuil me permettra de lui rappeler que ce n'est pas la première fois que je soutiens cette doctrine, et que lui-même m'a quelque peu critiqué jadis, lorsqu'à propos du lymphadénome je disais : Si vous avez des doutes sur le diagnostic de certaines tumeurs du testicule ou des ganglions, et que vous découvriez, en n'importe quel point du tégument, une petite tumeur indolente, ressemblant à un lipome ou une tanne, entrez en défiance ; enlevez cette petite tumeur, faites-la examiner, et peut-être trouverez-vous dans les résultats de cet examen les éléments d'un pronostic très sérieux. Si la petite tumeur est du lymphadénome, gardez-vous d'opérer. La généralisation est faite.

N'est-ce pas là une des applications du sujet qui nous occupe en ce moment? ne trouvez-vous pas qu'en soutenant cette opinion, je

défendais, pour un cas particulier, la doctrine que nous cherchons à fixer.

Pour ce qui concerne le diabète, le pronostic semble moins constamment grave et par, conséquent, moins grave que pour le cancer viscéral préexistant. Il y a ici des variétés.

Je mentionne, sans y insister outre mesure, les très nombreuses opérations de cataracte pratiquées avec un succès complet chez des diabétiques. Mais je conserve le souvenir précis de deux diabétiques graves chez lesquels j'ai ouvert de volumineux anthrax de la nuque et du dos, et de deux autres diabétiques atteints de phlegmons gangréneux de la jambe, qui ont nécessité de larges incisions. Ces quatre malades ont bénéficié de la thérapeutique chirurgicale presque sans trouble d'origine diathésique.

Le diabète semble donc une complication grave, qui appelle toute l'attention et la prudence du chirurgien, qui réclame toujours un traitement préalable ou parallèle à l'action chirurgicale, qui, à certains degrés et quand il n'y a pas urgence absolue, doit arrêter définitivement ou tout au moins retarder l'œuvre manuelle; mais il ne constitue qu'une contre-indication relative dont la valeur demande à être appréciée.

La scrofule, et surtout la tuberculose, fournissent des indications extrêmement délicates à établir. C'est ici qu'un examen très complet du malade, un jugement exact, beaucoup de tact et de sagacité, sont nécessaires, car, suivant lu valeur du parti pris, le malade marchera rapidement à sa guérison ou à sa perte.

Aujourd'hui, nos doctrines chirurgicales, en présence des localisations tuberculeuses, ont subi de profondes transformations. Il y a vingt ans on n'y touchait pas, ou le moins possible. Il y a dix ans, cette proscription souffrait quelques rares amendements. Maintenant, lorsque les conditions générales le permettent, nous attaquons hardiment les manifestations locales. Mais il faut que l'état général y autorise, et c'est là le point délicat qui réclamera toujours chez le chirurgien un tact médical très exercé.

Pour prouver l'heureuse et efficace intervention de la chirurgie chez les tuberculeux, nous n'avons que l'embarras d'un choix très riche. Laissons de côté, après simple mention, les gommes tuberculeuses, les abcès froids tubercaleux, les fistules à l'anus chez les tuberculeux, les tubercules de la langue et du testicule ; prenons les malades du genre de celui par lequel M. Verneuil a ouvert sa communication : on ne saurait trouver de plus forte preuve de l'heureuse influence d'une opération opportune sur l'état général. Bienheureuse amputation de jambe qui, loin d'aggraver l'état antérieur, en efface, pour ainsi dire, les traces !

Trois fois, depuis un an, j'ai observé des faits semblables. Ce

sont aussi trois tuberculeux à manifestations multiples et successives ayant eu, en dernier lieu, des ostéites complexes du pied. Je les ai tous trois amputés de la jambe. Ils sont tous guéris. Le premier a quitté mon service depuis six mois. J'ai encore les deux autres ; ils sont prospères : l'un d'eux a le plus beau moignon que j'aie jamais vu.

Vous vous souvenez, sans doute, de ce pauvre petit Alsacien que je vous ai présenté il y a deux ans ? Dans quel état grave il était quand je le reçus : volumineuse tumeur de la mâchoire, tumeur blanche fistuleuse du genou, urines troubles, miction fréquente, gros ventre tendu, toux, anorexie, pâleur, aspect chétif. L'amputation de la cuisse et la résection du maxillaire supérieur l'ont guéri. Je l'ai revu cette année ; il a grandi de 25 ou 30 centimètres, il est plein de gaieté et d'entrain et nous est profondément reconnaissant.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et personne de nous ne tomberait dans cette faute grave de considérer les opérations chirurgicales comme une panacée chez les tuberculeux. C'est ici l'*anceps remedium* et le *judicium difficile*.

J'ai fait entrer dans mon service un jeune homme de dix-neuf ans. Son coude droit est atteint de lésions qui indiquent sans conteste la résection du coude, mais son appareil pulmonaire est envahi des deux côtés : indurations, râles, craquements ; à droite, il y a une caverne ; fièvre le soir, amaigrissement, marche rapide. Je m'abstiens dans ces conditions, et je me borne à un appareil inamovible dont, au reste, le malade éprouve le plus grand bien.

Je pourrais multiplier ces exemples ; je n'aurais qu'à puiser dans la liste de faits personnels que j'ai sous les yeux. Mais ce que j'ai dit suffit et me permet de conclure ainsi : Lorsque chez un tuberculeux l'une des localisations aggrave l'état général, il faut, si c'est possible, supprimer cette localisation par une opération d'exerèse; si, au contraire, ce sont les lésions viscérales qui dominent la scène, il faut s'abstenir de toute opération ; la répartition de ces influences est toujours délicate, souvent difficile, parfois trompeuse.

Telles sont, Messieurs, les observations que j'avais à présenter sur le fond de la question. Il est aisé de voir maintenant pourquoi j'ai refusé d'admettre la loi de M. Verneuil dans sa généralité. Contestable dans son expression pour les cas où son application semble évidente : cancers viscéraux, diabète, elle est absolument fausse pour la tuberculose, puisque, dans certains cas, le trauma n'aggrave rien du tout et que l'opération amméliore considérablement ou guérit le malade.

Je demande donc, au lieu d'une loi incertaine, l'étude attentive du pronostic opératoire chez les individus atteints, avant l'opération,

de maladies ou de diathèses connues ou ignorées : cancer, diabète scrofule, tuberculose, syphilis, affections du cœur, du foie, des reins, de la moelle ou du cerveau. Il faut distinguer et séparer les choses distinctes et prononcer sur chacune d'elles en particulier, puisqu'elles ne souffrent point une solution commune.

Il y a enfin dans la communication de M. Verneuil un dernier point sur lequel j'ai déjà donné mon sentiment. Je n'y reviendrais pas si cette partie du travail de notre collègue n'avait déjà eu un certain retentissement. J'ai dit, et je continue à croire avec une forte conviction, que les chirurgiens français, en général, sont instruits, fort habiles dans leur art, prudents, judicieux et consciencieux. J'ajoute aujourd'hui que nous sommes par les lectures directes, par les traductions ou par les voyages, au courant des œuvres chirurgicales étrangères. Pour ma part, je compte maintenant un bon nombre de chirurgiens étrangers que j'ai vus sur leur propre théâtre, et je m'applaudis fort de ces visites où j'ai trouvé tantôt une utile réformation, tantôt un vigoureux affermissement. Profit certain dans tous les cas.

Mais où sont les grandes différences, c'est dans l'organisation des services chirurgicaux. A Paris, les malades sont dispersés dans vingt-quatre services de chirurgie générale, égaux dans leur recrutement et leur réglementation. Chacun de nous y soigne des maladies de tout genre : traumatismes et maladies chroniques, cas légers, moyens et graves. Il y a à cela des avantages : la dispersion des malades crée dans une certaine mesure la dispersion de l'enseignement; puis, en présence de ces cas très variés, nous donnons autant d'attention au traitement pharmaceutiqne qu'au traitement opératoire ; nous étudions avec patience les indications thérapeutiques et nous arrivons, pour ainsi dire, à en exprimer la quintescence. Sous ce rapport, nous n'avons point de rivaux; mais il est certain que chacun des vingt-quatre chefs de service des hôpitaux fait moins d'opérations que si tous les cas à opération étaient réservés à deux ou quatre services.

C'est précisément ce qui a lieu en Allemagne. On pense, dans ce pays, que l'enseignement étant un service public et national, doit largement et facilement recruter ces éléments. Nos voisins appellent cela constituer son matériel. En français on dirait : admettre ou recevoir beaucoup de malades intéressants. Dans les grandes universités allemandes, les professeurs de clinique ont le droit, et ils en usent régulièrement, de prendre dans tous les services de l'hôpital les malades qui peuvent servir à leur enseignement. D'autre part, si le titulaire de la chaire a de la réputation, les malades affluent de toutes parts des pays les plus reculés de la province ou du royaume et entrent sans difficultés à l'hôpital. Chaque service

est muni de chambres payantes où peuvent être opérés et soignés les malades qui ne sont pas pauvres, mais dont les ressources sont modestes. Que d'éléments déjà pour multiplier le nombre des opérations ! Mais ce n'est pas tout.

Ces services de clinique si privilégiés sont richement installés, dotés, outillés, pourvus de toutes les ressources qui peuvent accroître leur action pédagogique. Notre éminent confrère et collègue M. Berthelot nous le rappelait tout récemment (*le Temps*, 15 mars 1883) dans un important et grave article sur l'*Enseignement supérieur et son outillage*.

En arrivant dans notre malheureux Strasbourg, les Allemands ont dépensé 13,245,050 francs pour reconstituer les bâtiments universitaires. Dans cette somme, ils ont affecté 3,375,000 francs aux cliniques et aux instituts anatomique et physiologique. Il y a deux ans, ils allouaient 825,000 marcs à la clinique chirurgicale de Kœnigsberg ; 1,833,000 marcs aux cliniques de Berlin, non compris la clinique obstétricale, qui recevait pour sa part 1,540,000 marcs.

C'est là, Messieurs, dans cette organisation, dans cette richesse d'installation, d'outillage, d'assistance, dans ces privilèges de l'enseignement, dans ce libre accès de l'hôpital, c'est là la grande et saillante différence entre la chirurgie française et la chirurgie étrangère, surtout la chirurgie allemande. Voyez-vous, maintenant, comment s'expliquent les innombrables opérations de nos émules d'outre-Rhin ? Un professeur de clinique de Vienne, de Prague, de Leipzig, de Halle résume, comme activité opératoire, huit ou dix chirurgiens de nos hôpitaux de Paris, puisqu'il recrute son service dans tout son hôpital, quelquefois dans tous les hôpitaux de sa ville et dans tous les pays voisins. A ce métier, il devient exclusivement opérateur, parfois opérateur sans mesure et presque sans frein. C'est un excès. Mais sans aller jusque-là, il y aurait utilité à méditer sur les effets de cette organisation.

Au reste, Messieurs, ce n'est pas seulement en Allemagne que les choses se passent ainsi. Les mêmes causes produisent partout les mêmes effets. A travers toutes nos vicissitudes, les vieux hôpitaux de Lyon sont restés maîtres de leur fortune ; leurs portes sont ouvertes à tous ceux, *de quelque pays qu'ils soient*, qui ont un secours efficace à attendre de la chirurgie. Grâce à cette disposition, M. Ollier est le grand ostéotomiste du Sud-Est de la France, et M. Gayet égrène chaque année un chapelet de trois à quatre cents cataractes.

Inversement, que se passe-t-il à Nancy, où nous avons fondé une Faculté de médecine avec les chers débris, aujourd'hui bien amoindris par la mort, de notre ancienne Faculté de Strasbourg ? Il y a là assurément des hommes de mérite et de valeur. Nous y

comptons des collègues qui connaissent à fond la chirurgie étrangère et la chirurgie française. Mais on n'a pas su créer, à Nancy, des services de clinique largement pourvus et surtout largement ouverts. Alors, les gens du pays passent la frontière et vont à Strasbourg qui possède ces installations. Les uns s'adressent à nos collègues de la Société de chirurgie : les deux Bœckel ou Kœberlé, les autres aux chirurgiens de la Faculté allemande, mais tous sont perdus pour Nancy [1].

Si donc, Messieurs, notre organisation hospitalière, et surtout l'organisation de notre enseignement clinique, ne sont point à l'abri de toute critique ; si elles réclament des améliorations dont l'utilité est rendue évidente par les exemples pris en France et à l'étranger, je tiens à répéter, en terminant, que les chirurgiens français n'ont à redouter aucune comparaison, et je suis heureux d'énoncer cette opinion dans le sein de notre Société de chirurgie dont la maturité laborieuse et féconde alimente, sans repos ni fatigue, le foyer de notre chirurgie nationale.

Pourquoi faut-il que ces derniers mots éveillent une tristesse, un blâme que je ne veux pas cacher ?

Je lisais, il y a quelques jours, dans un journal, le récit de la dernière « Hunterian Oration » des chirurgiens de Londres. Cette cérémonie bis-annuelle est suivie d'un banquet qui a lieu dans les bâtiments du Collège des chirurgiens. A ce banquet, les magistrats des plus hautes charges, des amiraux, des généraux, des membres des deux Chambres, tiennent à honneur de venir s'asseoir. Ils estiment que les grands chirurgiens qui ont honoré leur art méritent d'être honorés par leurs concitoyens.

Et cependant on dit que notre premier corps savant, notre Académie des sciences, parle d'exclure de son sein la médecine et la chirurgie. La pathologie cesserait d'être une science! Ceux qui la cultivent ne seraient plus que des artisans ou des industriels ! Etrange opinion qui, si elle prévalait, serait plus qu'une injustice : une sottise. On le verrait bien le jour où les nombreuses questions relatives à nos sciences seraient jugées par des mécaniciens, des navigateurs, des botanistes, voire même des physiologistes.

Il est vraiment difficile de croire qu'une pareille hérésie triomphe parmi nos savants de l'Institut, et qu'il faille les faire inviter au prochain banquet des *Surgeons* de Londres, pour y apprendre comment on honore les grands chirurgiens !

1 Nous apprenons, au moment où nous corrigeons l'épreuve de ce discours, qu'un bel hôpital de clinique est sur le point d'être ouvert à Nancy. Nous sommes heureux de signaler cette nouvelle. — U. T.

Communication.

M. Desprès communique une observation de *cancer ombilical chez un homme de 74 ans, opéré et guéri.*

Le nommé Gautier, âgé de 74 ans, rentier, entré à l'hôpital de la Charité le 12 février 1883, salle Saint-Jean, lit n° 15.

Antécédents héréditaires : Père mort d'apoplexie à 76 ans ; mère, de dyssenterie à 59 ; il a deux sœurs qui se portent bien.

Antécédents personnels : Le malade n'a eu qu'une fluxion de poitrine en 1837.

A la fin de novembre 1882, il s'aperçoit du début de son affection, grâce à une douleur que provoquait le contact des vêtements sur l'ombilic.

En même temps apparut, au niveau même de la cicatrice ombilicale, une surface rougeâtre un peu saignante, et que le malade compare à un pois. Cette tumeur, faisant saillie à la surface de l'abdomen, augmente rapidement, si bien que le 18 janvier 1883, le malade vient à Paris consulter M. Desprès.

La tumeur, à ce moment-là, n'a que le quart du volume qu'elle présentera le jour de l'opération.

M. Desprès la cautérise avec du chlorure de zinc, quoiqu'il ait diagnostiqué un cancer de l'ombilic.

La tumeur augmente, et le 12 février le malade entre à l'hôpital.

Voici l'état du malade à l'entrée : c'est un vieillard robuste. Sans aucune infirmité. A l'ombilic, il présente une tumeur saignante, faisant un peu saillie au dehors, et de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Elle présente tout à fait l'aspect d'un épithélioma. En examinant de plus près, on peut constater qu'elle s'étale seulement sur la face externe de l'abdomen en forme de tête de clou, et qu'elle a son pédicule à l'ombilic.

Elle ne fait pas saillie appréciable dans la cavité abdominale. Elle ne présente donc pas la forme du bouton de chemise, ce dont on s'assure en faisant un pli à la paroi abdominale avec les deux mains. On constate alors qu'il n'existe pas de tuméfaction tout autour de la tumeur, dont le volume peut être comparé à une grosse châtaigne. Etant donnée la rapidité avec laquelle la tumeur a augmenté, M. Desprès se décide à en faire l'ablation avant qu'elle n'ait pris du développement dans l'abdomen, ce qui est, comme on le sait, à peu près fatal.

L'opération est pratiquée le 21 février. Deux incisions en croissant circonscrivent la peau qui entourent l'ombilic, et la tumeur est disséquée tout autour. Arrivé sur l'ombilic, M. Desprès constate qu'elle pénètre dans l'ouverture aponévrotique, ainsi qu'il s'y

attendait. Le péritoine ouvert, on constate que la tumeur tient à l'épiploon. Cet organe, un peu attiré au dehors, une section est faite, et, de suite, M. Després attire l'épiploon au dehors; il fait une hernie épiploïque du volume du pouce.

Un petit vaisseau de cet épiploon donne, une ligature est posée; c'était le point où le cancroïde adhérait à l'épiploon.

M. Després ferme alors la plaie à l'aide de trois points de suture. Celui du milieu est profond. Il comprend l'épiploon hernié, mais sans intéresser l'anneau ombilical et le péritoine.

Le supérieur et l'inférieur ne comprennent que la peau. La ligature artérielle passe et pend entre les deux sutures inférieures. L'opération, qui a été faite au chloroforme, sans que le malade soit cependant soumis à une révolution complète, n'a pas duré un quart d'heure.

Le pansement est fait avec une large ceinture de diachylum, faisant une fois et demie le tour du corps et assez serré pour empêcher le ballonnement du ventre et les effets funestes que pourraient avoir les effets de toux.

Diète absolue; pas même de boissons.

Le malade, pendant les jours qui ont suivi, n'a pas eu de fièvre notable. Le soir de l'opération, 38°. Tous les autres jours, la température a été normale. Aucun vomissement ni aucun hoquet.

Le lendemain de l'opération, le malade se trouvant bien, on lui donne un peu d'eau rougie. Pas le moindre signe de péritonisme.

Le troisième jour seulement, comme aucun accident ne s'est produit, on lui donne dans la journée un peu de pain trempé dans du vin, sa nourriture préférée, dit-il. On lui donne aussi un œuf.

Même nourriture pendant huit jours.

Voici, d'ailleurs, le relevé jour par jour de ce que l'on a fait :

48 heures après l'opération, ainsi que je l'ai dit, on a opéré la simple section des fils (23 février). T. 37°,5 le soir.

Le 26, on enlève complètement un des fils. Le malade mange un œuf depuis deux jours, et a été à la selle; on lui a donné un lavement. 37°,8 le soir.

Le 27, on enlève un autre fil qui avait formé un tout petit abcès miliaire. 37°,8.

La bande de diachylum est entièrement changée.

Dans la journée le malade va toujours bien. Il mange deux biscuits. Il rend des gaz.

Le 28, la ligature de l'épiploon est retirée. Rien de nouveau. Toujours pas de fièvre. 37°,8.

Le 1er mars, la hernie épiploïque se détache. Le malade tousse un peu. Potion diacode.

Le 3 mars, la bande de diachylum est changée. 37°,2.

Le 4 mars, on a donné au malade un peu de viande qu'il n'a pas bien digérée. 37°,6.

Le 5 et le 6, le malade va toujours bien.

Le 7, le malade se lève un peu de son lit pour rester dans un fauteuil.

Le 8, la plaie est complètement cicatrisée. On remplace le diachylum par une plaque de diachylum et une ceinture de flanelle.

Le 9 mars, le malade, opéré depuis quinze jours, est en état de rentrer chez lui.

Le 10 mars, il sort de l'hôpital, il portera une ceinture serrée sur l'abdomen pour empêcher une hernie de se produire en arrière de l'épiploon adhérent.

Je ferai remarquer à la Société que voici un malade auquel j'ai ouvert le péritoine et qui a guéri sans que j'aie eu recours au pansement de Lister que, d'ailleurs, je n'emploie jamais. Je me suis contenté des vieux pansements qui ont rendu tant de services à nos maîtres. J'ajouterai que l'examen microscopique a fait reconnaître que la tumeur était un épithéliome tubulé.

Discussion.

M. Nicaise. J'ai eu occasion d'opérer une femme de 40 ans, atteinte d'une tumeur ombilicale fibro-papillaire grosse comme une noix. L'observation a été publiée dans la *Revue de chirurgie* (1883) ; je me contenterai de dire, en deux mots, que j'ai agi autrement que M. Després. Comme je n'avais pas la certitude absolue qu'il y eût adhérence avec le péritoine, j'ai commencé par fendre la tumeur en son milieu, pour en enlever isolément les deux moitiés, au cas où j'aurais atteint la limite du tissu sain avant d'être arrivé jusque dans la cavié abdominale. Mais lorsque j'eus constaté que le péritoine était compris dans la tumeur, je fis une suture des deux moitiés pour reconstituer la masse que j'enlevai d'ensemble entre deux incisions semi-elliptiques. Puis, suivant l'usage en cas de laparotomie, j'étalai l'épiploon en arrrière de la plaie, et je fis une suture des deux bords avec adossement des deux faces péritonéales, et j'obtins une guérison rapide sans aucune complication. La méthode antiseptique fut suivie.

M. Tillaux. Il n'y a pas lieu d'être surpris que nos collègues aient ouvert le péritoine, puisqu'au niveau de l'ombilic la séreuse adhère à la face profonde du derme. C'est d'ailleurs ce qui a permis de dire que la hernie ombilicale n'avait pas de sac; que l'intestin s'y trouvait directement sous la peau. En cas d'extirpation

de tumeur de la cicatrice ombilicale, il est donc impossible de ne pas ouvrir la cavité péritonéale.

M. Després, en fixant l'épiploon entre les lèvres de la plaie, a créé des adhérences fâcheuses et exposé son malade à une hernie consécutive ; il eût mieux agi en faisant ce que tous nous faisons tous les jours dans les opérations qui ont nécessité la laparotomie; après avoir étalé l'épiplon, nous adossons simplement les deux feuillets péritonéaux de la paroi abdominale.

M. Després. Je m'attendais fort bien à ouvrir le péritoine; si j'ai enclavé l'épiploon, c'est que, réunissant simplement les bords de l'anneau ombilical, j'aurais des tissus fibreux absolument privés de vaisseaux, et que la réunion eût alors échouée. Si j'avais voulu faire ce que l'on conseille, il m'eut fallu inciser tout d'abord l'anneau fibreux qui circonscrit l'orifice ombilical.

M. Nicaise. Il est préférable, dans les cas de ce genre, d'inciser l'anneau ombilical, afin d'avoir une plaie régulière dont la réunion est plus facile que celle du bord d'un anneau, la conservation de celui-ci prédispose aux hernies consécutives.

M. Polaillon. J'ai opéré avec succès trois hernies ombilicales, et j'ai fait une suture entrecoupée ne comprenant que la paroi abdominale.

Dans un cas, non publié, j'ai tenté la cure radicale d'une hernie graisseuse provoquant des vomissements incessants et des douleurs intolérables. J'ai réséqué l'épiploon, réduit le reste, suturé l'anneau fibreux, puis par-dessus réuni les téguments. La guérison a été très rapide et très simple. Cela démontre au moins qu'on peut suturer des tissus peu vasculaires. Si dans les ovariotomies on évite d'inciser l'anneau ombilical en le contournant à gauche, c'est pour ne pas léser le cordon de la veine ombilicale, qui pourrait être resté plus ou moins perméable.

M. Pozzi. L'expérience parle contre M. Després, cela est évident. Quant à ses déductions théoriques, nous pouvons dire que l'enclavement de l'épiploon n'est pas plus justifié que ne le serait l'enclavement systématique de l'iris dans l'opération de la cataracte, sous prétexte que la cornée est dépourvue de vaisseaux. Et d'ailleurs l'anneau fibreux de l'ombilic n'est pas dépourvu de capillaires. Les vaisseaux ne sont pas visibles à l'œil nu, voilà tout.

M. Tillaux. Le tissu fibreux n'est pas en cause; c'est le péritoine que l'on adosse, et il adhère aussi bien, qu'il y ait ou non interposition d'épiploon.

M. DESPRÉS. Lorsque j'ai enlevé la tumeur, la disposition des parties ne permettait pas l'adossement direct des faces péritonéales des lèvres de la plaie.

M. POZZI. Ce n'est pas encore une raison. La pratique constante de M. Kœberlé, qui dans les ovariotomies ne comprend pas le péritoine dans les sutures, prouve que les aponévroses se réunissent très bien, même dans la région ombilicale, et que M. Després aurait pu se passer de l'interposition de l'épiploon.

Lecture.

M. Schwartz lit une observation de kyste, à grains rhiziformes, opérée avec succès, et présente à la Société le malade qui fait l'objet de sa communication.

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission, composée de MM. Gillette, Tillaux et Nicaise.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 28 mars 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Mascarel, de Châtellerault, membre correspondant, adresse une note intitulée : *Un nerf démis ;*

3° M. Vieusse, médecin-major à Oran, adresse une observation intitulée : *Contribution pour servir à l'étude de l'influence du traumatisme sur le paludisme* (commission : MM. Verneuil, Nepveu, Richelot, rapporteur) ;

4° Observation de cancer épithélial du creux poplité, amputation de la cuisse, guérison par M. Millot-Carpentier (M. Richelot, rapporteur).

MM. Thomas, de Tours, et Pamard, d'Avignon, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos de la correspondance, M. Pamard communique l'observation suivante :

Hypertrophie des petites lèvres.

Husté (Anne) est âgée de 30 ans. Elle a été mariée à l'âge de 15 ans 1/2, a eu presque immédiatement un enfant. Depuis l'âge de dix-huit ans, elle se livre à la prostitution; elle s'y livrait encore il y a six mois. Je l'avais vue à diverses reprises, et j'avais pu constater qu'elle avait une hypertrophie des petites lèvres, qui avait débuté par le capuchon du clitoris; elle se gardait bien de consentir à une opération que je lui avais proposée, car elle était, du fait de sa difformité, un objet de curiosité.

Il y a eu syphilis constitutionnelle antérieurement, sans que l'on puisse l'accuser d'avoir causé le développement de la tumeur qui a débuté en 1878; elle a débuté, ainsi que je le disais plus haut, par le capuchon du clitoris et s'est propagée de là aux deux petites lèvres, mais surtout à la petite lèvre du côté gauche. Elle pend au-devant de l'orifice vulvaire et il faut la soulever pour pénétrer dans le vagin. La muqueuse a pris l'aspect cutané; elle a perdu tout pouvoir sécréteur, elle est lisse d'une couleur gris brunâtre analogue à celle des grandes lèvres de la femme, qui est brune. La tumeur est divisée en un grand nombre de lobules, sa surface est hérisée d'un nombre infini de mamelons de volume très variable, qui lui donnent un aspect analogue, moins la couleur, à celui de la crête d'une dinde.

Les photographies représentant la tumeur par sa face antérieure et par sa face postérieure, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, donnent une idée très exacte de l'aspect de la tumeur et de ses rapports avec les parties génitales externes et avec l'orifice vaginal.

Malgré son volume, pendant un très longtemps, cette tumeur ne gênait en aucune façon la femme Husté, pas même dans l'exercice de son métier; mais depuis six mois, elle a considérablement

augmenté, amenant à sa suite de la gêne dans les mouvements, empêchant la malade de s'asseoir commodément, de garder pendant un certain temps la station debout et de se livrer à aucun travail un peu prolongé. Aussi la femme Husté, qui est entrée dans mon service pour un abcès profond de l'aisselle, après qu'elle en a été guérie, me prie de la débarrasser de sa tumeur.

J'y consens volontiers, et l'opération est pratiquée le 21 février. Elle fut des plus simples; après avoir pédiculisé la tumeur, ce qui se faisait facilement, j'entourai le pédicule avec le fil de platine de l'anse galvanique, en serrant modérément ; je continuai à serrer au moyen du treuil, à mesure que la section était opérée par le fil porté au rouge sombre. La section était très nette et ne portait que sur des tissus paraissant tout à fait normaux; elle fut très rapidement faite et je n'eus qu'à me louer d'avoir eu recours à ce moyen.

Les suites de l'opération ne présentent rien de particulier à noter. Je fis faire d'abord des applications tièdes et phéniquées à 2 °/₀, puis des pansements au cérat boraté; la cicatrisation a exigé un peu plus de trois semaines, elle est aujourd'hui à peu près complète.

Il n'y a plus de vestiges de petites lèvres, ni de clitoris; les grandes lèvres un peu épaissies et indurées, comme la portion initiale du vagin, se réunissent en haut au-dessus d'une surface animée, granuleuse, en voie de cicatrisation, dans laquelle on ne retrouve aucun repli muqueux, ni aucune saillie.

L'analyse micrographique de la tumeur a été faite par mon collègue M. le Dr Paul Cassin : elle a porté sur divers points, et plus particulièrement du côté du pédicule. C'est une hypertrophie papillaire simple (papillome de Cornil et Ranvier), sans traces de tissu érectile, ni de tissu adénoïde.

Discussion.

M. Anger. Il y a trois ou quatre mois, j'ai opéré une jeune fille qui présentait une tumeur semblable. C'était un molluscum, gros comme le poing, mamelonné, ayant l'aspect d'une grappe de raisin; de consistance molle, comme le tissu érectile. La pédiculisation fut facile, je pratiquai l'excision au thermocautère; la guérison fut rapide et, jusqu'à présent, il n'y a aucune menace de récidive.

M. Gillette. Je dois opérer prochainement une malade de l'hôpital Tenon atteinte aussi de molluscum ou de papillome. La tumeur diffère un peu, comme implantation, de celle qu'a enlevée M. Pamard, puisque le clitoris est envahi comme le capuchon et les petites lèvres. La vascularité est telle que je commencerai par appliquer une ligature élastique, et je ferai ensuite la restauration des parties.

M. TRÉLAT. On trouve, dans Churchill, deux faits dus à Makintosh, avec figures. Ce sont des hypertrophies papillaires. L'opération est on ne peut plus justifiée.

M. PAMARD. Je connais les faits de Churchill, il s'agit là d'hyperphies du clitoris. Chez ma malade, les petites lèvres étaient le siège du mal.

M. PAMARD présente les deux moitiés d'un anneau métallique qui entourait la base du gland d'un homme de 38 ans, qui s'était présenté à sa consultation à l'hôpital d'Avignon, le 29 novembre dernier. Il disait que le 14 juillet, c'est-à-dire quatre mois et demi avant, des camarades, profitant de son ivresse, lui avaient passé la verge dans un anneau de boulon et qu'il lui avait été depuis lors impossible de le retirer. Au moment où cet homme se présenta à l'hôpital, le gland ne présentait aucune trace d'étranglement, mais en arrière, à la base, il y avait une ulcération circulaire, au fond de laquelle était l'anneau métallique qui fut scié séance tenante, en deux points opposés par le serrurier de l'hôpital.

A propos du procès-verbal.

M. ANGER. M. Trélat nous a entretenus récemment d'une variété intéressante de hernie inguinale congénitale étranglée. Je viens d'observer un cas de ce genre. Il est entré dans mon service un jeune homme porteur d'une tumeur inguinale droite du volume d'une mandarine. A l'âge de sept ans était apparu une hernie congénitale dans le canal péritonéo-vaginal exclusivement. Ce n'est que depuis 24 heures que le testicule s'est gonflé. La peau était saine, le testicule disparaissait dans cette tumeur, qui était appliquée contre l'anneau inguinal externe. Sans entrer dans plus de développements, je dirai qu'il s'agissait d'une hernie congénitale étranglée dans la tunique vaginale; le lendemain les signes certains d'un étranglement ne laissant aucun doute, je dus pratiquer l'opération. Après anesthésie, je fis une incision suivant le grand axe de la tumeur, et je mis à découvert un rétrécissement qui la divisait en deux parties : une inférieure au fond des bourses, une supérieure, s'accolant en haut à l'anneau inguinal externe. J'incisai d'abord la partie supérieure et j'arrivai dans un sac contenant un intestin gonflé, rouge, congestionné. Je débridai l'anneau à travers lequel l'intestin avait pénétré dans la vaginale : il s'échappa une bulle de gaz, et je retirai du sac vaginal une portion d'intestin

présentant des plaques jaunâtres de gangrène; au fond de ce sac, le testicule était à nu. L'état de l'intestin était tel qu'on ne pouvait songer à le réduire dans l'abdomen ; je suturai séparément au pourtour de l'anneau inguinal externe, où il y avait un léger rétrécissement, les bouts de l'intestin situés au-dessus et au-dessous de la portion gangrénée. Une fois la suture faite, j'incisai cette portion malade, l'incision donna issue à du sang, mais non à des matières intestinales.

C'est la première fois que j'observe un cas de ce genre et on voit qu'il est en tout semblable à ceux rapportés par M. Trélat et M. Ramonède.

Il s'agit dans ce cas d'une hernie congénitale dans le canal péritonéo-vaginal. Ce n'est qu'au bout de sept ans que l'intestin s'est étranglé dans la tunique vaginale.

Le petit malade a succombé le quatrième jour à une péritonite.

M. Trélat. Ce fait intéressant prouve la rapidité de la mortification dans les cas de ce genre, puisque l'étranglement ne datait pas de 24 heures.

M. Marchand. J'ai opéré aussi, après 24 heures d'étranglement, une hernie congénitale, l'intestin ne m'avait pas paru assez malade pour ne pas le rentrer; les choses paraissaient en bonne voie lorsque le sixième jour il se fit une perforation qui entraîna rapidement la mort.

M. Trélat. Il existe une observation de M. Gosselin, dans laquelle on voit l'intestin gangréné après six heures d'étranglement.

Discussion sur l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.

M. Després. Messieurs, une théorie, quelques faits très différents entre eux, et une revondication à l'égard des étrangers, tels sont, à mon sens, les points en discussion.

La théorie est celle-ci, je la traduis à ma manière : les maladies antérieures des malades aggravent le traumatisme qui atteint ces malades, et, réciproquement, les traumatismes réveillent et aggravent les maladies antérieures des malades. On nous avait appris cela jadis, sous une autre forme : on nous disait le tempérament des malades influe sur le cours naturel des maladies et des blessures, y compris les opérations. C'étaient les médecins surtout qui nous avaient enseigné cela.

M. Verneuil a produit une troisième formule : le trauma a une action sur les propathies et, réciproquement, les propathies ont une

influence fâheuse sur le trauma. Il a recueilli des faits, il est entré dans des détails et ses élèves ont publié la plupart des observations auxquelles il attache de l'importance.

Souvent notre collègue est revenu avec insistance sur ce sujet, particulièrement dans sa dernière communication. Il est juste de reconnaître qu'il a une grande part dans la vulgarisation des principes anciens dans lesquels nous avons été élevés par les médecins et même par les chirurgiens, car il est bon de dire et de répéter que cette théorie est toute française; j'espère le montrer tout à l'heure. Mais il ne faudrait pas dire, ni donner à entendre que la théorie de l'influence des traumatismes sur les maladies générales et, réciproquement, l'influence des maladies générales sur les traumatismes est neuve ; que M. Verneuil a découvert ici une loi nouvelle de pathologie générale. Si nous avions cette faiblesse, croyez-le bien, nous ne manquerions pas d'être encore l'objet de critiques de la part des étrangers.

Pour la chirurgie française, et même pour la Société de chirurgie, il était nécessaire que cela fût dit ici.

Je prends un livre classique, écrit il y a plus de 40 ans. Ce n'est point un Mémoire destiné à prouver une thèse, non, c'est un livre classique, un Traité de médecine opératoire, celui de Velpeau, édition de 1839.

Et voici ce que j'y lis, non dans un chapitre spécial, mais bien dans l'article : Contre-indications opératoires, qui fait partie du chapitre des amputations :

« Lorsque c'est pour une affection cancéreuse, il importe de s'assurer qu'il n'existe aucun germe dans les viscères » dans ce cas l'opération serait plus grave et elle serait contre-indiquée. Dans un autre passage Velpeau donnait comme contre-indications *une lésion organique du cœur, du foie, de l'estomac, des voies génito-urinaires.* Tout y est, vous le voyez. Les lésions des viscères sont, en général, des lésions d'origine diathésique, je ne pense pas qu'il y ait contestation à ce sujet. Qu'avons-nous ajouté depuis ? l'alcoolisme ne détermine-t-il pas finalement la cirrhose, et n'y a-t-il pas, chez le goutteux, des lésions finales dans le rein? Le mot diathèse n'est pas prononcé par Velpeau, mais la chose y est, et l'influence des maladies du foie sur les opérations, décrite plus tard à l'étranger, n'ont été que le développement des expressions générales qui se trouvent dans les phrases que je viens de vous lire.

Tout se trouve dans les lignes de Velpeau que je vous rappelle. Le diabète même s'y trouve sous le nom vague *d'épuisement profond*, et le mot est souligné, c'est sous cette désignation qu'étaient représentés alors le diabète et l'albuminurie, que les médecins ne

connaissaient pas alors aussi bien qu'aujourd'hui. (T. II, p. 336.)

Même pour les amputations pour des causes traumatiques, Velpeau avait aussi indiqué que le pronostic pouvait être aggravé par des lésions internes, *des lésions des viscères* (T. II, p. 345). Il n'est pas moins explicite pour ce qui est de la préparation du malade et de l'atténuation préalable nécessaire de l'état général pour diminuer la gravité du pronostic; enfin, et bien avant les observations de MM. Redard et Verneuil et celles qu'a citées M. Trélat, Velpeau écrivait (T. II, p. 337) : « Pour ce qui est des scrofules, on a dès longtemps remarqué que l'ablation d'une partie importante du corps était souvent suivie d'un changement avantageux. »

Enfin voici une autre phrase que je cite textuellement : « Le succès des opérations dépend du genre de lésion qui réclame l'opération, *de l'exactitude du diagnostic quant à l'état des viscères.* »

Voilà les raisons pour lesquelles, quand nous, ou d'autres, nous entendons parler de l'influence des maladies générales, des propathies sur le trauma, nous nous disons : Mais nous connaissons cela, on nous a appris cela jadis. Quand nous constations des faits démonstratifs nous n'allions pas au delà. Toutes les fois que, contre notre attente, nous voyons des malades succomber après des opérations bien faites et pratiquées à temps, nous trouvons des lésions antérieures ou concommittentes, nous enregistrons simplement la cause de l'insuccès. Les lecteurs et les auditeurs trouvent la chose naturelle parce que depuis qu'il y a des médecins qui ouvrent des cadavres, des faits du même genre ont été observés et publiés. Ai-je besoin encore, à ce propos, d'invoquer La Bruyère : « *Tout est dit, et l'on vient trop tard!* » Combien d'entre nous, sans y songer, ont dit la même chose que Velpeau, qui lui-même ne se donnait pas le mérite de l'invention. Lorsqu'en 1862, dans mon Traité de l'érysipèle je disais que l'érysipèle n'est jamais grave chez les malades qui ne sont pas dans des conditions de santé qui seules mettent les malades en danger : c'était le reflet des enseignements que j'avais reçus. Je n'étais pas davantage un inventeur lorsque je faisais faire, en 1870, une thèse à un de mes élèves, le Dr Guignard, pour prouver que le rhumatisme dit blennorhagique et syphilitique n'était que le réveil d'une diathèse antérieure. Lorsque dans mon Traité de la syphilis, en 1872, je décrivais syphilis modifiées par le rhumatisme, le diabète, l'alcoolisme, la tuberculose, et j'utilisais le mode de classification des maladies cutanées d'après la constitution du sujet, telle que Bazin l'avait présentée, et lui-même ne manquait pas de dire qu'il avait été inspiré par Alibert.

Mais là où j'ai peut-être eu tort, c'est de laisser publier, comme

nouvelle, une observation de réveil du rhumatisme articulaire par un traumatisme sur le genou; c'est même là seule observation qu'ait trouvée à publier M. Berger, lorsqu'en 1875, il traita pour le concours d'agrégation, le sujet donné par M. Verneuil : *l'influence du traumatisme sur les maladies générales.* J'avais dit à mes élèves : Voilà un bel exemple de réveil du rhumatisme articulaire par un traumatisme sur une articulation; l'un d'eux, qui avait le droit d'ignorer ce que nous savons, a publié le fait. Je ne pensais pas davantage dire du nouveau lorsque j'ai fait publier un cas de réveil d'une fièvre intermittente quotidienne par une fracture de la clavicule; le réveil d'un accès de catalepsie par une blessure de la région fessière. Ces faits ont été publiés pour un autre motif que le réveil de la diathèse. Je savais, en effet, que parmi les causes occasionnelles des accès de rhumatisme et de fièvres intermittentes on avait signalé, les médecins au moins, l'influence des émotions morales, des refroidissements et même des traumatismes.

Mais les influences mêmes des diathèses sur les blessures ont été appréciées depuis bien longtemps. En même temps que les Allemands, Prout et Vagner attribuaient les furoncles et même les anthrax à la diathèse diabétique, ce qui n'était pas rigoureusement vrai; Marchal de Calvi étudiait la gangrène diabétique et la tendance des plaies et des inflammations à devenir gangréneuses chez les diabétiques, cela même a été réellement un point nouveau. Mais les angioleucites chez les goutteux, les morts rapides par angioleucite infectueuse chez les diabétiques et les goutteux, ont été connues aussitôt que le diabète a été bien étudié. Un fait de ce genre a été publié, y a de longues années, par Landouzy père, qui l'a consigné dans les journaux du temps, et ces faits sont assez communs. Les observations abondent où les antécédents diathésiques sont notés dans des cas de plaies ou d'inflammations graves suivies d'accidents mortels.

Si M. Verneuil veut prouver que le traumatisme chez les diathétiques est une cause ordinaire d'aggravation de la lésion traumatique et de la diathèse, qu'une diathèse rend toujours une plaie plus grave, je ne lui contesterai pas la nouveauté de la théorie, mais j'en contesterai la vérité.

Les exemples abondent, et voici les miens :

Un alcoolique, jeune, un ivrogne de profession, a les deux jambes écrasées par une lourde voiture; je tente la conservation de ses membres; pendant 3 ans, il suppure, rend 120 esquilles, mais il guérit avec ses deux jambes (malade de l'hôpital Cochin).

Une syphilitique est en puissance d'accidents secondaires, syphilide papulo-tuberculeuse. Elle a un écrasement du cuboïde, ouverture des articulations du tarse; elle suppure et guérit néanmoins en con-

servant son pied et cela dans le temps ordinaire où guérissent les blessés de ce genre, non syphilitiques (hôpital de la Charité).

Une diabétique, 16 grammes de sucre par litre, est opérée d'un polype de l'utérus gros comme un œuf de dinde, elle guérit en 8 jours (hôpital de la Charité).

Un malade atteint de cancer inopérable de la bouche, a une fracture de jambe comminutive, il guérit dans le temps normal comme s'il n'avait pas eu de cancers.

Enfin, un malade en ville qui avait depuis des années 8 à 12 gr. de sucre par litre, eut au pied deux abcès gangréneux autour de maux perforants; la gangrène et la carie continuèrent, le malade perdit le cinquième métatarsien et l'extrémité antérieure du premier que je dus lui extraire, il suppura et malgré des angioleucites à répétition, il guérit. Il marche aujourd'hui sur son pied et il y a deux ans, que ce mal est guéri, sauf qu'il a toujours 5 à 10 grammes de sucre, le malade demeure 18, rue Bourgtibourg, et je pourrai donner son nom si la Société le désire.

Je pourrais multiplier ces faits. Comme M. Trélat, j'ai ouvert l'année dernière un phlegmon de la cuisse chez un diabétique qui a très bien et très vite guéri.

Mais, à côté de cela, comme vous tous, j'ai vu périr à la suite de panaris gangréneux des doigts et de la main, ou à la suite d'anthrax de la face et du cou avec gangrène rapide, des malades qui avaient de 20 à 70 grammes de sucre par litre d'urine.

Ah! c'est que vous devez faire intervenir ici l'âge de la diathèse, c'est-à-dire l'état auquel est arrivé le malade diathésique et s'il s'agit d'un malade syphilitique, sa robuste ou sa faible constitution.

M. Trélat. Ce n'est pas l'âge, c'est le degré.

M. Desprès. Le degré me dit, M. Trélat, soit : Mais nous nous comprenons, le temps n'est point ici seul en question, on sait qu'il y a des tuberculeux qui durent 2 ans, d'autres 5 ans et la diathèse de l'un peut être très avancée au dix-huitième mois, et avoir la même gravité que la diathèse de l'autre à la quatrième année.

Distinguons ce qui se passe chez les diathésique. Une plaie ou une opération, qui pouvait être mortelle à une époque avancée du mal, chez des individus qui sont affaiblis, épuisés, au bout de leur rouleau si je puis me servir d'une expression familière, ne seront rien lorsque le malade a encore un bon fond de santé. C'est ce que j'ai observé chez mes malades qui ont guéri. N'y a-t-il pas en effet, une différence entre celui qui a 4 grammes de sucre et celui qui en a 12 ou 15, entre le diabétique encore sain et le diabétique usé ou le diabétique ayant une autre diathèse, telle que le rhumatisme ou l'herpétisme. Je m'étonne que M. Trélat n'ait pas invoqué ces faits

pour expliquer le succès des opérations de cataractes chez certains diabétiques.

Du reste, un fait positif frappe l'esprit. Les diathésiques ne meurent pas de leur diathèse : faut-il rappeler cette vérité banale qu'ils meurent d'une dernière complication? Oui, celle-là est grave, mais les accidents antérieurs ne sont pas au même degré, et ils guérissent. Si vous assistez à des phlegmons gangréneux des anthrax gangréneux, qui emportent des malades usés par leur diabète et qui ont 60 à 80 grammes de sucre, y a-t-il lieu de généraliser? Il en est de même des alcooliques, des rhumatisants, des albuminuriques et des goutteux, et avant le moment psychologique ou toute inflammation, pneumonie, érysipèle, phlegmon, deviendra gangréneux et amènera la mort avec divers symptômes graves inattendus. Quoique l'on fasse, on n'est pas en droit de dire que la diathèse et le traumatisme ont l'un sur l'autre une influence funeste réciproque.

Vous invoquez des faits de diabétiques succombant avec un diabète confirmé, des faits d'alcooliques pourvus de lésoins cardiaques et hépatiques de l'alcoolisme (je prends ces exemples parce qu'ils sont plus frappants). Mais avez-vous noté combien de fois depuis le début du diabète ou d'une autre diathèse, ils avaient eu de maladies insignifiantes ou graves sans complications? Vous ne l'avez pas pu : le plus souvent parce que les malades ne savaient pas eux-mêmes qu'ils étaient diabétiques. J'ai vu périr dans mon service d'anthrax gangréneux des malades qui ne s'étaient pas aperçus qu'ils étaient diabétiques, et cependant, c'étaient des diabétiques anciens et usés.

Il y a d'ailleurs, un critérium pour juger le rôle de la diathèse dans la mort, il ne suffit pas qu'on me dise, le malade succombe dans un état particulier *d'affaissement physique et de stupeur morale.* M. Verneuil qui refuse d'admettre le choc traumatique, parce qu'il ne lui trouve pas de lésions, n'en trouve pas davantage, je suppose, pour l'affaissement physique et la stupeur morale, à moins de penser comme moi qu'il s'agit d'une septicémie lente ou tardive. Mais alors la septicémie est-elle la révélation d'une diathèse spéciale? Pourquoi ceci plutôt que cela ; la septicémie est la conséquence d'une diathèse sans désignation spéciale, d'un affaiblissement de la santé par une cause quelconque. Il n'y a rien de plus.

Pour que vous incriminiez une diathèse, il me faut, s'il s'agit d'un diabétique, une manifestation gangréneuse quelque part; s'il s'agit d'un alcoolique, il me faut à côté d'autres signes, de l'ictère du délire. Enfin s'il s'agit d'une lésion du rein, il faut qu'il y ait des urines rares ou sanglantes, des vomissements du coma, en un mot quelques symptômes de l'urémie ou de l'ammoniémie.

Alors, seulement, vous pouvez dire que la diathèse a imprimé son cachet à la maladie chirurgicale. Hors cela vous ne trouvez pas la preuve que la maladie générale a été influencée par la maladie locale et réciproquement, vous faites des hypothèses et vous vous écartez de l'observation pure.

Au total, vous le voyez, à part quelques réserves sur la nouveauté de la théorie, et surtout sur l'âge ou le degré de la diathèse et sur sa valeur pronostique, pour juger l'action de cette diathèse sur les traumatismes, des réserves sur le réveil des diathèses par le traumatisme, faits d'ailleurs rares, nous sommes d'accord, MM. Verneuil, Trélat et moi, sur le fond de la théorie, l'influence de la santé générale du malade, sur les opérations et les traumatismes.

Il y a encore un point sur lequel nous sommes d'accord, c'est sur le caractère de la chirurgie française. Nous avons un patrimoine que nous devons sauvegarder et que nous sauvegardons, je l'espère, en commun. Nous regardons en France à la fois la maladie et le malade, nous n'agissons que quand nous avons porté un diagnostic aussi rigoureux que possible, et nous y joignons une étude approfondie du pronostic, enfin nous préparons nos malades aux opérations et nous dirigeons avec soin nous-mêmes le traitement de nos blessés et de nos opérés. C'est là une supériorité que nous possédons encore.

J'arrive à l'étude des observations de M. Verneuil. J'attaquerai, comme M. Trélat, la troisième observation, mais je l'attaquerai à un autre point de vue. Cette observation est une preuve de ce que j'avançais tout à l'heure. En effet, que voyons-nous ; un alcoolique a un écrasement du gros orteil qui se cicatrise en six semaines ; dix jours après sa sortie de l'hôpital il est atteint d'une angioleucite et d'un adéno-phlegmon femoro-iliaque. Cette fois le mal est grave, le malade succombe au bout de treize jours après avoir présenté de l'ictère. Saisissez-vous la valeur de ce fait ? Comment la diathèse alcoolique n'a-t-elle pas tué le malade au moment de sa première blessure. La diathèse est-elle donc devenue dangereuse à ce point en trois semaines? La cirrhose du foie existait depuis plus longtemps que cela. Attendait-elle donc quelque chose pour manifester son action nocive ? Ce fait ne signifie point ce que veut lui faire dire M. Verneuil. Le malade qui avait quitté trop tôt l'hôpital a eu une adénite iliaque, et si j'osais dire toute ma pensée, l'incision de l'adénite n'avait pas été faite au lieu convenable, le pus a séjourné et le malade est mort comme on meurt d'un abcès de la fosse iliaque, par une péritonite.

Je ne vois pas là une preuve de l'aggravation de la diathèse par le traumatisme, ni l'aggravation de l'inflammation par la diahèse, le silence de la diathèse pendant le traitement de la première

blessure est suffisamment négatif. Il y a d'autres observations qui ont plus de valeur.

Quant à la cinquième observation extraite d'un journal allemand, elle n'a pas de très grandes relations ave le sujet. M. Verneuil l'a citée ; c'est de bonne guerre, c'est une réponse aux chirurgiens allemands qui ont parlé en termes malveillants des soins donnés à un mort célèbre, je veux parler de Gambetta, il s'agissait dans un cas comme dans l'autre d'une complication péritonéale née au voisinage du cœcum et sans relation avec l'opération ou la blessure. Je le répète, c'est de bonne guerre. Mais je ne saisis pas l'influence de la diathèse sur la mort de l'un et de l'autre.

Dirai-je encore qu'il y a une observation sans autopsie et que ce fait serait en réalité très discutable. Ne forçons point la signification des faits.

J'arrive au chapitre des révendications à l'égard des étrangers. Mais à quoi bon en parler, mieux vaut abréger. Je n'insisterai pas quoique j'aie bien des choses à dire à ce sujet.

M. Verneuil s'étonne que l'on ait écouté dans les congrès ses communications avec une attention polie, c'est-à-dire avec indifférence. Qu'il s'en prenne à lui seul. Il eût peut-être mieux fait de publier dans les livres français ses études et ses remarques et elles auraient, là, naturellement fait leur chemin, sans passer par les congrès. Rappelez-vous la morale du fabuliste, les idoles perdent à se montrer, ce n'est point dans les congrès, dans ces modernes foires scientifiques que les grandes découvertes ont vu le jour. Est-ce que c'est dans un congrès qu'ont paru l'écrasement linéaire, la lithrotritie, les anesthésiques et la compression digitale dans les anévrysmes. Des discussions sérieuses peuvent-elles y être engagées et suivies avec fruit ? Vous vous étiez fait des illusions, ne vous plaignez pas d'être désabusés.

D'une autre part, M. Verneuil a semblé revendiquer pour lui, sinon l'invention de la théorie, du moins une part d'auteur. C'est pour cela que les étrangers ont paru montrer une sorte d'indifférence qui n'a rien que de très naturel.

M. Trélat, de son côté, attribue la supériorité des étrangers, si supériorité il y a, à ce que les chirurgiens enseignants ont le droit d'aller prendre les malades où cela leur plaît, et que cela leur fournit des éléments exceptionnels de recherches et de découvertes ; que les étrangers emploient des millions à construire des laboratoires admirablement outillés et que de ces ateliers de savants sortent alors des découvertes plus difficiles chez nous. M. Trélat méconnaît ici le génie de la France, Claude Bernard n'avait qu'un petit laboratoire exigu, voyez ce qu'il a fait ! voyez ce qu'ont fait depuis ses successeurs avec des ressources vingt fois plus gran-

des et des laboratoires vingt fois plus vastes. Où étaient les laboratoires des Bichat, des Duchenne de Boulogne, des Dupuytren et des Velpeau. Vous avez beau construire de spacieux bâtiments cela ne vous formera pas des hommes. En France, les savants se forment tous seuls et n'importe où.

M. Trélat a dit encore avec amertume que l'Institut s'apprêtait à restreindre la place qu'y occupaient jadis les chirurgiens, que cela ne pouvait pas nous relever aux yeux des étrangers. Pourquoi ce regret? Qu'importait l'Institut à Desault, Bichat et Duchenne de Boulogne, auxquels l'étranger a cependant rendu souvent ce qui leur était dû. Dupuytren, Velpeau et Nélaton ont-ils été de meilleurs chirurgiens parce qu'ils ont été de l'Académie des sciences. Laissez donc l'Institut à des savants, à des écoles scientifiques pures, dont l'Institut est le couronnement d'une carrière. Tandis que notre profession nous donne tant d'avantages, laissons donc à ceux qui ne les ont pas, ces places honorifiques. D'ailleurs, je trouve que vous avez eu tort de soulever ici cette question, il ne faut pas inspirer de bonne heure à nos jeunes collègues de telles convoitises. Et pour terminer, laissez-moi vous citer un fait contingent, si je puis ainsi dire, un fait qui, néanmoins, touche à notre profession. Rappelez-vous par qui a été découverte la seule planète découverte en France depuis celle de Leverrier. C'est le Dr Lescarbault, un modeste praticien, qui a eu cet honneur. Et seul, sans observatoire, avec des lunettes qu'il avait fabriquées lui-même, il a réussi, sans avoir besoin de tout ce qui abonde aux mains d'hommes qui ont... des laboratoires, plus d'honneurs et plus de places.

M. Verneuil. Je demande la parole en ce moment pour prier ceux de mes collègues qui prendront part à la discussion de ne pas tomber dans les deux erreurs qu'ont commises les deux précédents orateurs.

Une première erreur a été de croire que je regardais comme constante l'aggravation des états pathologiques antérieurs à la suite des traumatismes.

Une autre erreur, celle-là beaucoup plus grave, est de supposer que j'ai voulu m'attribuer la prétention d'avoir fait une découverte.

Ceux qui ont lu mes livres, savent bien qu'il n'en est rien, et la preuve s'y trouve à toutes les pages. J'ai répété nombre de fois que lorsqu'il y avait coïncidence entre un traumatisme, et les manifestations d'un état morbide antérieur, trois cas pouvaient s'observer. Ou bien, une évolution parallèle du trauma et de la diathèse, ou bien ce que j'ai appelé influence unilatérale, c'est-à-dire

action prédominante du trauma sur la diathèse et inversement de la diathèse sur le trauma. C'est comme s'il s'établissait entre eux un échange de mauvais procédés, suivant l'expression pittoresque de M. Peter. Je ne proclame pas la constance de ces effets, j'ai au contraire protesté contre une généralisation prématurée, contre une tendance à vouloir faire des lois. Au bas de la première page de l'avertissement placé en tête du troisième volume de mes mémoires de chirurgie, je dis : « Sachant combien l'œuvre est vaste, combien elle est encore incomplète et imparfaite, nous rassemblons toujours des matériaux que nous disposons en bon ordre jusqu'à l'heure qui n'est point encore venue, où la généralisation sera possible. » Et plus loin : « Nous marchons de parti pris avec une extrême lenteur pour n'avoir jamais à reculer. Nous entrevoyons certaines lois, nous pourrions formuler quelques aphorismes, mais nous attendons patiemment les faits cliniques, seuls éléments de démonstration péremptoire; sachant bien d'ailleurs que ce genre de preuves ne fait jamais défaut aux bonnes théories et aux sages hypothèses. »

A ceux qui me croient la prétention d'être un inventeur, je répondrai en continuant ma lecture.

« C'est essentiellement au lit du malade que nous puisons nos documents. C'est de l'observation que nous partons sans idées préconçues, c'est à l'observation que nous revenons quand il s'agit de juger quelque idée générale issue de nos méditations. Cette sévérité dans le procédé que nous mettons en usage constitue le caractère essentiel de nos travaux présents et les différencie de ce qui a été produit déjà dans la même direction. En effet, lorsque nous demandons aux chirurgiens de ne pas seulement considérer la blessure ou la maladie, mais de songer aussi au blessé et au malade, nous n'avons pas la prétention d'émettre pour la première fois un tel vœu. Lorsque nous répétons que la marche, l'évolution, l'issue d'une affection dépendent pour une grande part de la constitution du sujet affecté, nous ne sommes pas assez naif pour croire éditer une proposition nouvelle. Nos ancêtres ont dit cent fois tout cela; mais ils sont restés dans le vague et dans l'abstrait, laissant à chacun le soin difficile et la tâche pénible de découvrir pour son propre compte comment la blessure ou la maladie se comporte chez tel ou tel sujet et réciproquement, comment tel ou tel sujet réagit contre la maladie. Ils ont dit sans doute que les opérations réussissent mal chez les individus antérieurement malades, affaiblis, épuisés, rachitiques ; mais ils n'ont point songé à classer tous ces malades en catégories pour voir si celui-ci supporterait mieux que celui-là l'intervention chirurgicale, et si les accidents à craindre seraient les mêmes pour tous. »

Je crois ces citations suffisantes et j'espère voir écarter dans la suite de ces débats les deux arguments de l'exclusivisme et de la priorité que l'on m'opposait bien à tort.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
CH. PERIER.

Séance du 4 avril 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° M. Faucon offre un mémoire intitulé : *De la gastrostomie dans les cas de rétrécissements cancereux de l'œsophage.*

3° M. Després offre à la Société de chirurgie au nom de M. le Dr Mance, ancien chirurgien de l'hôpital de la Charité, trois photographies et un tableau peint par Horace Vernet, représentant une malade atteinte d'hypertrophie des deux mamelles et opérée avec succès. — C'est le seul exemple aussi complet et aussi important; connu jusqu'ici. L'observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1859, page 45, et dans la thèse de Labarraque, *Sur l'hypertrophie des mamelles*, 1875.

4° Observation de taille hypogastrique, par le Dr Villeneuve, de Marseille. (Rapporteur : M. Monod.)

5° Épanchement sanguin considérable de la cavité de Retzius, causé par une rupture musculo-artérielle de la paroi abdominale, par le Dr Gripat, d'Angers. (Rapporteur : M. Polaillon.)

MM. Ollier, de Lyon, et Pamard, d'Avignon, membres correspondants assistent à la séance.

Rapport sur un mémoire intitulé : *Du traitement de l'anévrysme artério-veineux par les opérations sanglantes*, lu à la Société de chirurgie, le 2 août 1882, par M. Paul Reclus, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Commissaires : MM. Polaillon, Chauvel et Verneuil, rapporteur.

M. Verneuil. Il a été tant et si bien écrit sur la cure des anévrysmes dans les trente dernières années, qu'il ne semble plus y avoir rien d'important à dire sur ce sujet. Toutefois, quelques points restent encore douteux, tel, par exemple, le meilleur traitement applicable aux anévrysmes artério-veineux.

A peine, en effet, cette variété a-t-elle bénéficié de la série de moyens non sanglants, de tous ces modes de compression aussi innocents qu'efficaces, qui aujourd'hui rendent relativement si facile la guérison des anévrysmes externes ordinaires; de sorte que souvent encore, en cas d'anévrysme variqueux, nous en somme réduits, si l'intervention nous est commandée, à prendre le bistouri pour pratiquer un des procédés de l'antique ligature.

L'éventualité, j'en conviens, est rare, parce que l'abandon de la saignée du bras a singulièrement diminué le nombre des anévrysmes en question, et que ceux-ci d'ordinaire bien tolérés n'exigent généralement pas d'opération radicale. Cependant la nécessité d'une telle opération se présentant quelquefois, il convient de savoir comment à l'avenir on devra l'exécuter.

En compulsant les recueils scientifiques, on constate d'abord, non sans quelque surprise, que le nombre des opérations sanglantes opposées à l'anévrysme artério-veineux est fort restreint; M. Reclus, en effet, en a rassemblé à peine vingt cas dont quelques-uns même sont fort écourtés.

On note ensuite que ces opérations ont souvent entraîné la mort, et qu'enfin dans la majorité des cas elles ont été accompagnées de difficultés d'exécution considérables. Dans des conditions pareilles, et alors qu'aucun chirurgien ne peut formuler des préceptes tirés de sa propre expérience, puisque les plus favorisés, Roux excepté, n'ont pas rencontré plus de deux cas du même genre dans le courant de leur carrière, il ne reste qu'à procéder par la méthode bibliographique, c'est-à-dire à rassembler les cas connus, à les comparer, pour tâcher d'en extraire quelques enseignements généraux.

C'est à un travail de ce genre que s'est livré M. Reclus. Un cas d'anévrysme poplité s'étant présenté dans mon service, je l'ai opéré en présence de notre jeune collègue, qui a pris l'observation et l'a judicieusement commentée. Il en a tiré l'intéressant mémoire qu'il nous a lu et dont j'ai accepté d'être le rapporteur.

Vous vous étonnerez peut-être de me voir en quelque sorte juge et partie dans une cause où j'ai joué le grand rôle; mais vous reconnaîtrez bientôt que j'ai pris la plume dans le but de faire valoir davantage l'œuvre qui vous était soumise, d'appeler plus vivement l'attention sur les points litigieux, et enfin dans l'intention bien arrêtée de critiquer ma conduite, ce que M. Reclus aurait peut-être hésité à faire, bien qu'il connaisse l'esprit de libéralisme que j'apporte dans les questions scientifiques.

Je vous rappellerai d'abord brièvement le cas inédit du mémoire.

Un jeune homme est blessé au jarret par un éclat de verre; un anévrysme artério-veineux des mieux caractérisés se développe, marchant lentement mais grossissant sans cesse. On fait sans résultat divers essais de compression, et l'on se résout enfin à mettre à nu la tumeur pour lier les vaisseaux artériels et veineux afférents et efférents. Grâce à l'ischémie préalable, ce premier temps de l'opération s'accomplit régulièrement et sans grandes difficultés. Le sac est là sous les yeux; il ne bat plus, mais il se remplit encore; il reste donc encore en communication évidente avec le torrent circulatoire. Après quelques hésitations on l'ouvre, et alors commence pour obtenir l'hémostase une série de difficultés considérables. L'opération jusque-là simple et classique, si l'on peut ainsi dire, devient extrêmement laborieuse. Une grande quantité de sang est perdue; on est obligé de débrider très largement la plaie et de l'encombrer de ligatures nombreuses.

Par bonheur et grâce aux pansements antiseptiques les suites sont assez bénignes. Toutefois une forte hémorragie secondaire se déclare, puis, quelques jours après, une lymphangite ascendante et descendante qui entraîne de la fièvre et un mauvais état général pendant plus de deux semaines. La cicatrisation se fit longtemps attendre, car elle n'était pas encore terminée au mois d'août, lorsque M. Reclus a perdu de vue l'opéré. La guérison cependant s'obtint, mais non, vous le voyez, sans peine et sans danger surtout.

J'examinerai donc successivement les points suivants :

1° L'opération était-elle indiquée, était-elle nécessaire?

2° La méthode employée fût-elle la meilleure? Fallait-il en particulier respecter ou ouvrir le sac?

Accessoirement je poserai la question de savoir si une même méthode convient à tous les cas d'anévrysme artério-veineux nécessitant l'opération sanglante?

I. *L'opération était-elle nécessaire*?

On en pourrait douter en raison de la bénignité du mal, bénignité ordinaire d'ailleurs, mais constatée une fois de plus dans le cas présent. L'anévrysme remontait à plus de trente mois; il ne déterminait ni douleur ni trouble fonctionnel. Le malade marchait, tra-

vaillait et jouait même comme on le fait à son âge, sans ressentir d'incommodité. Tout se bornait à un peu d'engourdissement accompagné de quelques crampes dans le mollet, à quelques fourmillements dans les orteils vers la fin du jour. En revanche, la jambe avait beaucoup augmenté de volume. Les veines profondes et superficielles étaient en voie de dilatation continue et le sac lui-même s'agrandissait incontestablement.

Il était donc vraisemblable que la période d'indolence et d'innocuité aurait un terme un jour ou l'autre, et que l'intervention deviendrait nécessaire. La compression palliative avait été essayée sans succès ; peut-être aurait-il fallu la faire plus méthodique et plus continue ; peut-être aussi aurait-on pu engager le malade à changer de profession, à travailler assis par exemple, mais nul ne peut affirmer que tout cela aurait réussi. Les progrès incessants de la lésion locale ne faisaient rien augurer de bon chez un garçon qu'il eût été bien difficile de condamner à une sorte d'immobilité relative, et à qui sa position sociale faisait du travail manuel une impérieuse nécessité.

Je crus donc que j'étais autorisé à agir. Naturellement j'essayai d'abord les moyens de douceur. La flexion forcée fut tentée à plusieurs reprises; elle n'amena aucun changement utile. Me fondant sur les succès que Nélaton, Vanzetti et d'autres depuis ont obtenus en combinant la compression directe faite au niveau de la communication artério-veineuse et la compression indirecte, je fis quelques tentatives en ce sens. Nous avions remarqué dans nos explorations qu'en appliquant la pulpe du pouce transversalement, c'est-à-dire perpendiculairement à l'axe des vaisseaux poplités, on tombait sur un point limité où la pression faisait cesser instantanément tous les phénomènes de battements, d'expansion, de thrill, etc. C'était là évidemment que siégeait la perforation artérielle. Sur ce point on établit avec des rondelles d'amadou, des compresses et des bandes ordinaires ou élastiques, une compression circoncrite. Si celle-ci eût été supportée, on lui aurait associé la compression indirecte avec les doigts ou l'appareil Broca. Malheureusement, malgré notre ténacité et l'extrême bonne volonté du patient, nous ne pûmes réussir : trop faible, la compression ne servait à rien; trop forte, elle devenait rapidement intolérable. Le lien de caoutchouc ayant été même un jour laissé trop longtemps en place, mortifia superficiellement et linéairement la peau dans l'étendue de quelques centimètres.

Je mis alors en usage le bandage ouaté d'Alph. Guérin, qui m'avait donné déjà un remarquable succès. Le membre fut enveloppé depuis la région des orteils (ceux-ci laissés à découvert pour surveiller la circulation du membre) jusqu'au pli de l'aine, d'une couche

d'ouate de 8 à 10 centimètres d'épaisser, fortement serrée par une bande roulée très méthodiquement. Les orteils devinrent un peu pâles, un peu froids, légèrement engourdis, mais la pression fut bien supportée. Le lendemain, une nouvelle bande appliquée sur la première maintint la compression au même degré. Le malade nous indiqua lui-même que l'expansion et les battements dont il avait très nettement sensation avaient cessé dans le jarret, mais nous ne pûmes tirer de ce renseignement aucun indice favorable, car l'auscultation pratiquée au pli de l'aine laissait percevoir le bruit de souffle rémittent presque aussi fortement qu'avant l'application du bandage, ce qui indiquait clairement le passage du sang à travers la perforation intervasculaire.

On tenta, comme dans les expériences antérieures, d'augmenter la compression au niveau de cette perforation. A cet effet, une courroie à fracture en toile forte, large et solide, fut appliquée par-dessus le bandage ouaté et fortement serrée. Les bruits diminuèrent très sensiblement au pli de l'aine, mais la douleur et l'engourdissement se montrèrent vite et forcèrent à desserrer la courroie. Nous eûmes cependant, le malade et moi, la patience de continuer ces essais pendant une quinzaine de jours. Voyant qu'ils restaient sans résultats, et ne jugeant pas à propos de renouveler les tentatives avec la bande de caoutchouc, qui ne promet rien de plus dans l'anévrysme artério-veineux, je résolus de procéder à l'opération sanglante.

Le jeune homme à cette époque était bien portant. Le séjour à l'hôpital, le repos au lit, la gêne et les douleurs provoquées par les essais de compression, avaient amené un peu d'amaigrissement et de pâleur, mais en somme il n'y avait point de contre-indication à une intervention que le patient réclamait lui-même.

Je pris donc mon parti et j'opérai, entouré non seulement de mes élèves ordinaires, mais d'un certain nombre de mes chers et distingués disciples, MM. Bouilly, Kirmisson, Reclus, etc. On lira dans le mémoire de ce dernier le récit détaillé de cette laborieuse opération et de ses suites pendant les trois mois qui suivirent.

Je crois utile seulement de compléter cette observation en indiquant ce qui s'est passé jusqu'à ces derniers temps, c'est-à-dire jusqu'à la fin de février, époque à laquelle Ledoux est venu me voir et me remercier des soins que je lui avais donnés.

En août, la plaie réduite à de petites dimensions et tout à fait superficielle tendait cependant à se fermer. Les mouvements du genou étaient limités, le membre manquait de solidité, et la marche ne s'effectuait qu'avec le secours de béquilles.

A la fin de septembre, la guérison semblait achevée ; le cica-

trisation était complète, les muscles avaient repris beaucoup de force.

En octobre, la plaie se rouvrit superficiellement. Ledoux vint passer quelques semaines dans mon service. La cicatrisation se fit encore une fois, et depuis ne s'est plus démentie. J'avais prescrit un bas lacé en tissu élastique, allant de la ligne métatarso-phalangienne au tiers supérieur de la cuisse. L'enfant retourna chez lui en novembre.

A notre dernière entrevue, fin février 1883, voici ce que j'ai constaté. Le développement physique, l'état général n'offrent rien à désirer. Il n'existe aucune douleur dans le membre affecté, aucune gêne dans le jeu des articulations, à peine une diminution dans le volume et l'énergie des muscles, comparé au membre sain. On constate une diminution de volume au niveau du mollet, un certain empâtement au contraire au niveau de la moitié inférieure de la jambe. La peau est un peu violacée. Le réseau des veines superficielles est manifestement dilaté, mais les serpentins variqueux n'ont pas un volume considérable. A peine la pression sur l'extrémité inférieure du tibia dénote-t-elle un léger œdème sous-cutané.

La cicatrice poplitée est encore assez fortement adhérente; elle commence toutefois à se mobiliser et à se détacher un peu des parties profondes; on ne sent aucun battement artériel au-dessous d'elle. La palpation n'en est point pénible.

La seule défectuosité réside dans un trouble de la marche. Ledoux peut rester debout fort longtemps et parcourir sans difficulté 5 à 6 kilomètres sans se reposer; mais au bout d'un certain temps, le pied s'engourdit, et une sensation plus désagréable que douloureuse se manifeste au niveau de la ligne métatarso-phalangienne, c'est-à-dire au lieu dit talon antérieur.

L'explication en est facile à donner. Lorsqu'en effet on commande les mouvements des orteils, on s'aperçoit que leur flexion reste tout à fait incomplète et que dans la marche leur pulpe n'arrive pas à toucher le sol. Ils sont dans l'état où le mettrait une contracture de leurs extenseurs. Il en résulte que dans la marche tout le poids du corps, au moment de l'élévation du talon, porte exactement sur la ligne métatarso-phalangienne, et qu'on voit apparaître ces troubles que M. Nepveu a bien décrits dans une note sur l'atrophie du talon antérieur du pied.

Cette paralysie incomplète des fléchisseurs des orteils est manifestement due à une lésion du nerf tibial postérieur, remontant à l'époque de l'opération et due au voisinage du nerf et de la vaste plaie opératoi re.

L'existence de troubles trophiques d'origine nerveuse, siégeant

dans ce membre, est encore démontrée par le développement d'un ongle incarné au côté externe du gros orteil du côté malade.

Je ne sais si ces légères traces de notre opération persisteront ou tendront à s'effacer, mais j'ai conseillé de donner en tout cas à Ledoux une certaine éducation en vue d'une profession sédentaire.

Quant au patient lui-même, il est aussi satisfait que possible de son état.

Il reste actuellement à discuter la seconde question posée :

La méthode employée était-elle la meilleure? Fallait-il respecter ou ouvrir le sac?

Avant de m'embarquer dans une entreprise où mon expérience personnelle était nulle, j'avais naturellement consulté les auteurs et conçu à mon usage un plan opératoire.

Mon enquête bibliographique ne m'avait guère servi, et au lieu de fixer nettement mes idées, elle m'avait d'emblée jeté dans l'embarras, tant les avis sont partagés et tant les préceptes sont vagues. Je lus d'abord les classiques, et je place dans cette catégorie en France : Broca, MM. Richet et Le Fort.

Tous étant d'accord sur l'inutilité et les dangers de la ligature à la manière d'Anel et de Hunter, je ne m'y arrêtai pas et je cherchai seulement les conseils relatifs aux autres opérations sanglantes.

« Les seules méthodes sur lesquelles on puisse compter, dit Broca [1], sont l'ouverture du sac, la double ligature, la compression directe, la galvano-puncture et les injections coagulantes.

« L'ouverture du sac guérit radicalement tous les malades qui survivent. La double ligature est presque aussi efficace; appliquée suivant les préceptes de Malgaigne, elle respecte les veines et met à l'abri de la phlébite. Mais ces deux méthodes exposent à des hémorragies consécutives très fréquentes et très graves. »

Ce passage s'applique à l'anévrysme variqueux en général; mais un paragraphe consacré à l'anévrysme variqueux poplité ou tibial n'est guère encourageant. « La compression directe est si difficile à exercer avec précision dans le creux du jarret et dans l'épaisseur de la jambe, que je considère les anévrysmes variqueux poplités et tibiaux comme impossibles à guérir par ce moyen; aucune autre méthode ne me paraît applicable; je conseille donc de laisser ces anévrysmes en repos. »

M. Richet tient à peu près le même langage. « La ligature par la méthode ancienne ou la double ligature sans ouverture du sac et la compression à distance combinée avec la compression directe,

[1] Broca, *Traité des anévrysmes*, p. 893.

sont les méthodes les plus rationnelles pour guérir cette redoutable affection. L'ouverture du sac avec ligature au-dessus et au-dessous est très rationnelle et a donné de nombreux succès. La ligature pratiquée au-dessus et au-dessous de la tumeur sans toucher au sac expose moins à la phlébite et aux dangers des plaies en général [1]. » M. Richet ne fait aucune allusion particulière à l'anévrysme artério-veineux poplité.

M. Le Fort, à son tour, cite la double ligature avec ouverture du sac, qui n'est autre chose que la méthode ancienne et reproduit la description sommaire qu'en donne Nélaton. Cette méthode, ajoute-t-il, a été souvent pratiquée, mais souvent aussi elle a été suivie de phlébite, danger très grand qui amena Malgaigne à modifier l'opération de manière à en faire une méthode nouvelle, consistant à lier successivement à l'aide de deux incisions séparées l'artère humérale au-dessus et au-dessous du sac.

M. Le Fort ne s'explique point sur le cas spécial d'anévrysme variqueux du jarret [2].

Dans une note d'ailleurs courte et incomplète sur l'anévrysme artério-veineux poplité, je trouvai cependant un précepte formel : « Si le chirurgien a la main forcée, dit l'auteur, il faudra faire la ligature au-dessus et au-dessous du sac, sans ouvrir ce dernier, d'après les préceptes de Norris et de Malgaigne [3].

Les articles précités ayant été écrits, hormis le dernier, depuis longtemps déjà, je cherchai dans les productions plus modernes et trouvai quelques renseignements; mais je constatai du même coup que les chirurgiens, au nombre de dix, sans me compter, ayant opéré des anévrysmes artério-veineux, ont presque tous procédé différemment, parfois même modifié leur pratique quand ils ont traité plus d'un cas. D'où résulte qu'il y a presque autant de manières de faire que de cas publiés; d'où résulte encore un embarras de richesses qui rend fort malaisée la sélection opératoire.

Pour fournir une base à la discussion, j'essayerai d'abord de classer les opérations mises en usage jusqu'à ce jour. Les plus compliquées comprennent quatre temps :

Les ligatures artérielles;

Les ligatures veineuses;

La dénudation du sac;

L'ouverture ou l'extirpation de ce sac.

La suppression de certains de ces temps caractérise les autres.

[1] Art. *Anévrysme* du *Nouv, dict. de méd. et de chirg. prat.*, vol. II p. 444; 1865.

[2] Art. *Anévrysme* du *Dict. Encyclop.*, t. IV, p. 682; 1866.

[3] SCHWARTZ, art. *Poplité* du *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXIX, p. 109, 1880.

Naturellement, l'acte fondamental destiné à empêcher l'abord du sang artériel dans la tumeur, c'est-à-dire la double ligature artérielle pratiquée au-dessus et au-dessous du sac, se retrouve dans tous les cas ; mais on a cru devoir omettre, isolément ou simultanément, les ligatures veineuses, la dénudation et jusqu'à l'ouverture du sac.

Après les ligatures artérielles, l'incision de la poche anévrysmale est certainement l'acte opératoire qui influe le plus sur les résultats de l'opération, de sorte qu'on pourrait ramener tous les procédés à deux catégories seulement, suivant que le sac est respecté ou intéressé.

Voici ce que donne l'inventaire opératoire en procédant du simple au compliqué :

1° *Double ligature artérielle sans ligature veineuse, sans dénudation ni ouverture du sac.*

C'est l'un des procédés de Malgaigne. Pour ne point mettre le sac à nu, on fit au-dessus et au-dessous de lui deux incisions cutanées. Une seule application, un succès. C'était au pli du coude.

2° *Dénudation du sac par une incision unique destinée à trouver l'artère au-dessus et au-dessous; double ligature artérielle sans ligature veineuse; point d'ouverture du sac.*

C'est ce que Broca appelle méthode ancienne, parce qu'elle constitue, en effet, comme date, l'opération sanglante la plus ancienne appliquée à l'anévrysme artério-veineux; mais ce qu'il ne faut pas confondre avec la méthode ancienne telle qu'on la pratique pour les anévrysmes spontanés, et qui a précisément pour caractère fondamental l'ouverture du sac.

D'après Broca, qui n'est pas bien sûr qu'il se soit agi d'un anévrysme variqueux, Pasquier aurait le premier, en 1812, mis ce procédé en pratique au pli du coude. Dans tous les cas, il a été mis en usage depuis par Roux (plusieurs fois), par Norris, par Malgaigne, par Spence.

3° *Dénudation du sac, double ligature artérielle, ligature d'une veine, point d'ouverture du sac.*

C'est un des procédés de Roux. (Pli du coude.) A la vérité, la ligature veineuse n'était pas dans le plan opératoire; elle fut nécessitée par une hémorragie veineuse, due sans doute à la blessure d'une veine pendant les ligatures artérielles.

On pourrait placer ici, avec le n° 3 *bis*, le procédé indiqué par M. Schwartz et qui est, je crois, encore resté à l'état de projet. Il consisterait à découvrir le sac, à lier au-dessus et au-dessous de la tumeur l'artère aussi bien que les veines et à laisser les choses en cet état sans plus s'occuper de la tumeur, dont la disparition serait confiée à la nature.

Dans les opérations suivantes, on ouvre le sac, ce qui implique naturellement la ligature simultanée des artères et des veines. Les différences résident dans la succession des actes, le sac étant ouvert, tantôt avant, tantôt après les ligatures.

4° *Dénudation du sac suivie de son ouverture immédiate ; à la faveur de cette ouverture, recherche et ligature du bout artériel supérieur; puis recherche et ligature de l'artère et de la veine au-dessous du sac.* — A. Bérard en agit ainsi. On remarquera qu'une seule ligature veineuse parut suffisante.

5° *Dénudation et large ouverture du sac; ligature artérielle et ligature veineuse au-dessus et au-dessous du sac.*

Artère poplitée (Nélaton). Il fallut ici deux ligatures veineuses. Norris agit de même, mais par nécessité, le procédé n° 2 ayant échoué entre ses mains.

Les opérations de Bérard et de Nélaton ne sont autre chose, les ligatures veineuses exceptées, que l'application à l'anévrysme artério-veineux de la méthode ancienne. On ouvre d'emblée le sac pour trouver plus aisément les bouts vasculaires. D'autres chirurgiens, au contraire, lient d'abord l'artère au-dessus du sac avant d'ouvrir ce dernier.

6° *Dénudation de la tumeur; recherche et ligature du bout inférieur. Ligature du bout supérieur; ouverture du sac; recherche et ligature des veines.*

Pli du coude (Richet). Nélaton en fit autant pour un anévrysme fémoral. Notons comme détail curieux que dans les deux cas il fallut appliquer successivement à une certaine distance l'une de l'autre deux ligatures sur le bout artériel supérieur, parce que la première n'avait pas empêché l'hémorragie par le bout cardiaque de se montrer après l'ouverture de l'anévrysme.

Il faut ranger dans la même catégorie les deux opérations d'Annandale, ainsi que la mienne, faites toutes les trois pour des anévrysmes poplités.

Il convient d'ouvrir une colonne spéciale pour un septième procédé, essentiellement caractérisé par l'extirpation du sac. Voici de quels temps il se compose:

7° *Dénudation du sac ; ligature du bout artériel supérieur ; dissection, puis extirpation du sac ; ligature des vaisseaux artériel et veineux.*

M. Ollier, pli du coude ; Thorndike, anévrysme artério-veineux de la radiale; Ed. von Wahl, de la fémorale [1].

Je ne crois pas devoir classer à part les opérations dans lesquelles les ligatures obligatoires au-dessus et au-dessous de la tu-

[1] *St-Petersb. med. Wochens.*, 1883, n. 7, p. 53.

meur n'empêchent pas le sang d'affluer dans le sac; il a fallu après l'ouverture de celui-ci lier encore un certain nombre de vaisseaux. C'est un incident qu'on peut prévoir, mais qui n'est point constant. Roux, Annandale l'ont noté; il m'a donné dans mon cas beaucoup de tablature.

Tels étaient, messieurs, les procédés parmi lesquels j'avais à faire un choix.

J'ai l'habitude de donner pour base à la *sélection opératoire* trois éléments principaux : *l'efficacité, la bénignité, la facilité.*

Puis j'applique les données que j'en tire, non pas à l'affection à traiter considérée en général, mais bien seulement au cas particulier que j'ai sous les yeux. Telle méthode, en effet, qui serait incontestablement la meilleure, 95 fois sur 100, pourrait être absolument détestable pour les cinq autres cas.

Dans l'espèce, multiplierait-on les faits où l'extirpation du sac aurait guéri des anévrysmes artério-veineux de la temporale ou de la radiale, de l'humérale même au pli du coude, que je rejetterais toujours pour l'anévrysme variqueux poplité un procédé efficace à coup sûr, mais qui n'aurait pour lui ni la bénignité, ni la facilité d'exécution.

C'est, au contraire, le défaut presque assuré d'efficacité qui m'a fait rejeter, sans discussion, les procédés inscrits sous les numéros 1, 2, 3. En présence d'une énorme varice anévrysmale alimentée par des vaisseaux multiples, à quoi eût servi la ligature des seules artères, y eût-on même ajouté celle d'une veine?

L'extirpation mise de côté, il restait à comparer les trois procédés caractérisés par l'ouverture du sac. Or, ces procédés avaient eu une égale efficacité, car l'incision de l'anévrysme assure évidemment sa guérison s'il ne survient point d'accidents mortels.

La bénignité relative était plus difficile à juger. Sur 9 cas, on comptait 3 morts : une avec le procédé 5, deux avec le procédé 6. Le procédé 4 n'avait été employé qu'une fois dans un cas assez simple en apparence. Aucun des 3 revers n'était imputable au procédé lui-même; c'était toujours aux hémorragies secondaires et à la septicémie que les opérés avaient succombé. D'ailleurs, il était impossible de tirer d'un si petit nombre de faits une conclusion quelconque touchant la gravité. On aurait pu même absoudre l'ouverture du sac, puisque les procédés dans lesquels on s'était contenté de lier les vaisseaux avaient donné trois morts sur huit opérations, et que, de son côté, l'extirpation de la tumeur, pratiquée seulement trois fois, comptait un revers pour deux succès.

La facilité d'exécution s'était également montrée très variable, ce qui se comprend en raison de la différence des cas et des régions. En ce qui touche d'ailleurs l'ouverture du sac, les avis

étaient fort partagés, certains chirurgiens incisant la tumeur après les ligatures faites, pour extraire les caillots et faciliter la guérison; tandis que d'autres débutent par cette manœuvre et affrontent l'issue du flot de sang dans le but unique de faciliter la recherche des bouts artériels et leur ligature sur conducteur.

On voit par là combien je devais rester perplexe, même après mon enquête. Trois propositions cependant en ressortaient clairement.

L'opération sanglante appliquée à l'anévrysme artério-veineux considérée en général, est grave, les 21 cas réunis donnant 7 morts, soit 33 0/0.

Cette gravité est considérable, surtout pour les anévrysmes du membre inférieur, 6 cas (3 poplités, 3 fémoraux) donnant trois revers : 50 0/0.

Les difficultés opératoires sont généralement grandes. Nélaton consacre une heure et demie à son opération sans qu'il soit question d'accidents. M. Richet parle de difficultés sans nombre. L'hémorragie résultant de l'ouverture du sac rend l'acte opératoire particulièrement sérieux et émouvant.

A la vérité, je portai ce jugement avec des faits anciens, recueillis à une époque où la chirurgie était privée de deux agents d'une grande valeur, l'un thérapeutique et l'autre opératoire. Je veux parler des pansements antiseptiques et de l'ischémie préliminaire. Avec les premiers, j'espérais bien conjurer les dangers de la septicémie, de la pyohémie, et prévenir les hémorragies secondaires qui n'en sont le plus souvent qu'un symptôme. Avec l'ischémie, manœuvrant sur un sujet jeune, dans des tissus sains, non encombrés de graisse, je m'imaginais pouvoir tout à mon aise découvrir, reconnaître, isoler et lier les vaisseaux.

Je me croyais donc, pardonnez-moi ce petit accès de présomption, mieux armé que mes éminents prédécesseurs et capable de mener aisément à bien mon entreprise.

A côté de la présomption, d'ailleurs, il y avait une illusion que je dois confesser. Les auteurs qui ont écrit sur l'anévrysme artério-veineux ont tracé avec soin l'anatomie pathologique et établi plusieurs variétés distinctes, mais ils ne nous ont pas appris à faire sur le vivant le diagnostic différentiel entre ces variétés, point capital vous en conviendrez, pour arrêter d'avance un plan opératoire.

Il résulte de cela qu'au moment où je pris le bistouri, je savais avoir affaire à une phlébartérie, mais j'aurais été bien embarrassé d'en déterminer la forme. L'illusion dont je parlais plus haut dérivait du raisonnement suivant :

La plaie initiale ayant été fort petite, la perforation intervascu-

laire devait également être très étroite, et cela semblait prouvé par la facilité avec laquelle on arrêtait battements, thrill et souffle en appuyant le doigt sur un point circonscrit de la tumeur. Dès lors, ayant bien reconnu et marqué à l'avance ce point, je m'imaginai qu'il serait facile de mettre le sac à nu, de le déplacer en un sens quelconque, d'aborder de plus ou moins près le lieu de la communication artério-veineuse, enfin de lier l'artère et la veine au-dessus et au-dessous de ladite communication.

Ceci fait, le sac avec ou sans caillots (la seconde hypothèse était la plus vraisemblable) mais ne recevant plus ni sang artériel, ni sang veineux, serait abandonné à lui-même.

On voit ainsi que j'avais adopté le procédé indiqué dans l'article de M. Schwartz et qui, autant que je sache, n'a point été appliqué encore à l'anévrysme artério-veineux du creux poplité. Mais le sac étant mis à nu et les choses ne se présentant point comme je l'avais supposé, je fus, je l'avoue, à la fois désappointé et perplexe. Néanmoins, faisant bonne contenance, je réalisai sans grande difficulté et d'ailleurs sans accident quelconque, la partie essentielle de mon programme, c'est-à-dire la ligature des gros vaisseaux afférents et efférents.

La bande de caoutchouc fut enlevée; alors je constatai que le sac, loin d'être métamorphosé en cavité close comme je l'avais espéré, communiquait encore avec les vaisseaux voisins, puisqu'il se vidait et se remplissait alternativement, dès qu'il était comprimé ou abandonné à lui-même. Notez bien que le fait était fort naturel, car le sac étant formé aux dépens de la veine poplitée, ses dimensions considérables, l'écartement entre les ligatures supérieures et inférieures ne mesurant pas moins de 10 centimètres, il était bien certain que la poche anévrysmale devait recevoir au moins quelques-unes des veines articulaires si nombreuses et rester par elles en communication avec le réseau sanguin de la région. Mais ici se montrent bien les inconvénients d'un diagnostic imparfait et d'un plan opératoire incomplet.

Surpris par cette perméabilité du sac que je n'avais pas prévue, et ne pouvant interrompre longtemps une opération commencée pour me livrer à des méditations profondes, je cédai aux conseils qui m'étaient donnés, j'abandonnai mon projet primitif et plongeai malencontreusement le bistouri dans le sac. Vous savez le reste, c'est-à-dire une séance opératoire infiniment prolongée, une perte de sang considérable, une plaie jusqu'alors délicatement touchée qu'on manipule pendant près d'une demi-heure et qu'on remplit de ligatures, un froissement probable du nerf tibial postérieur pendant ces manœuvres, sans compter bien entendu les émotions et la courbature de votre rapporteur.

Comme compensation j'appris, j'en conviens, une chose assez intéressante pour être mise en lumière. Lorsque nos ancêtres traitant l'anévrysme ordinaire par la méthode dite ancienne, ouvraient d'emblée le sac, c'était principalement pour découvrir rapidement la perforation du tronc artériel, y glisser un conducteur et faciliter ainsi la ligature. C'était vraisemblablement dans le même but que la même ouverture du sac fut faite dans des anévrysmes artério-veineux par Nélaton et M. Richet. Or il ne faudrait pas trop compter sur le débridement en question. En effet, lorsqu'ayant déjà placé quelques ligatures autour de la tumeur, je vis sourdre du sang rouge de la partie inférieure, j'examinai attentivement la paroi du sac veineux répondant à l'artère et ne pus parvenir — pas plus que mes aides — à découvrir la perforation intervasculaire. Je ne fus pas plus heureux en fendant encore la paroi veineuse dans l'étendue de deux à trois centimètres. Avis à ceux qui ouvriraient le sac uniquement pour rendre plus aisée la découverte des bouts artériels.

Je ferme ici la parenthèse pour reprendre la discussion sur le point spécial de l'ouverture du sac. Bien qu'en fin de compte le malade ait guéri et que M. Reclus approuve ma conduite, je continue à mettre fortement en doute l'utilité de ce que j'ai fait, à contre cœur du reste, et vais discuter avec vous le pour et le contre.

J'ai déjà exposé les inconvénients de l'ouverture du sac. Passons donc à ses prétendus avantages. On ne saurait la mettre en usage parce qu'elle favorise la découverte des bouts vasculaires à lier. L'ischémie préparatoire avec la bande élastique rend le même office sans le moindre inconvénient.

Il est bien inutile également d'inciser la poche pour extraire les caillots, car ceux-ci, surtout lorsqu'ils sont anciens, favorisent plutôt qu'ils n'entravent la guérison, et c'est précisément leur rareté relative dans les anévrysmes artério-véneux qui contribue le plus à l'insuccès des méthodes ordinaires dans la phlébartérie.

D'ailleurs dans mon cas ces caillots n'existaient pas. On n'avait donc pas à redouter la suppuration du sac venant de ce fait.

Je n'insisterai pas plus longtemps, M. Reclus partageant mon avis sur tous les points et réduisant lui-même à néant les arguments favorables à l'incision de l'anévrysme, ce qui lui permet de poser une première conclusion en ces termes : « Lorsque le chirurgien peut assez rapprocher les fils pour que le segment oblitéré ne reçoive pas de collatérales importantes, l'opération de la double ligature artérielle sans ouverture du sac semble parfaitement indiquée. » Pourquoi dès lors notre jeune confrère persiste-t-il à dire que j'ai sagement agi en ouvrant largement la poche vasculaire ? Il se fonde exclusivement sur une disposition spéciale que j'ai déjà rencontrée une fois et qui lui semble formellement commander la

pratique que je combats. Je veux parler de la perméabilité persistante du sac après la ligature des gros troncs artériels et veineux. A la vérité il n'y avait ni expansion, ni battements, ni souffle; mais au bout d'un certain temps tout cela aurait reparu, et comme il aurait fallu recourir tardivement à cette ouverture du sac, mieux valait s'y résoudre séance tenante.

M. Reclus tire son principal argument du fait emprunté à la pratique de Norris. Ce chirurgien ayant vu reparaître les battements neuf jours après une opération où l'on n'avait fait que les ligatures, se vit contraint de débrider le sac et de lier les vaisseaux accessoires qui l'alimentaient encore.

Ceci conduit M. Reclus à formuler ainsi sa seconde conclusion : « Lorsque des collatérales importantes ramènent dans le segment « oblitéré assez de sang pour distendre le sac, il faut lier les vais- « seaux afférents et efférents, puis ouvrir la poche et chercher les « embouchures des collatérales que la bande d'Esmarch permet- « tra de saisir sans danger d'hémorragie. »

Voici ce que je crois pouvoir répondre à l'argumentation de M. Reclus. La réapparition des battements dans le sac, fait assez commun sur lequel Broca a beaucoup insisté, n'empêchant pas toujours la guérison de s'accomplir, Norris s'est peut-être un peu pressé de reprendre le bistouri. D'ailleurs, la première opération du chirurgien américain diffère si notablement de la mienne, que cette dernière n'aurait pas eu vraisemblablement les mêmes suites. Remarquez, en effet, que j'avais lié les artères au-dessus et au-dessous du sac, et que j'en avais fait tout autant pour les veines. Norris, au contraire, s'était contenté de faire la double ligature de l'artère, il n'avait point touché tout d'abord aux veines. C'était s'exposer évidemment à maintenir au moins la circulation du sang noir dans le sac. En prévoyant de graves accidents si le sac n'avait pas été ouvert, M. Reclus reste dans l'hypothèse, ce qui me donne le droit d'examiner à mon tour ce qui aurait pu survenir si j'avais abandonné à elle-même la poche anévrysmale remplie comme elle était de sang veineux. On observe certainement l'une des trois terminaisons suivantes.

A. *Retour des battements. Récidive de l'anévrysme.* — Il eut été possible alors, même sans ouvrir l'anévrysme, de rétablir l'ischémie et de pousser dans le sac une injection coagulante, soit par exemple 3 ou 4 centimètres cubes d'une solution d'hydrate de chloral, qui réussit si bien dans les vaisseaux et les tumeurs érectiles, et qui d'ailleurs préviendrait plus qu'elle n'aiderait la suppuration du sac.

B. *Ramollissement des caillots ; inflammation, rupture du sac hémorragie.* — Cette terminaison, avec les pansements antisep-

tiques ouverts, était tout à fait invraisemblable. Se fût-elle montrée, qu'on aurait pu sans danger ouvrir le sac enflammé comme un abcès ordinaire, sans trop craindre les hémorragies secondaires qui ne se montrent presque jamais, on ne saurait trop le répéter, quand la marche du trauma est aseptique. Notez bien d'ailleurs que l'ouverture préméditée du sac dans mon cas, n'a pas mis à l'abri des hémorragies, puisque le sang a fait irruption dans la plaie le 21e jour.

C. *Coagulation du sang. Rétraction progressive du sac.* — Les choses avaient chance aussi de se passer de la manière suivante. Les cinq ligatures disposées en deux faisceaux, l'un supérieur, l'autre inférieur, on aurait doucement rapproché les lèvres de l'incision cutanée sans les suturer toutefois. On aurait appliqué ensuite un pansement antiseptique de Lister ou de Guérin. Le sang se serait coagulé dans le sac ; la face extérieure de ce dernier se serait partiellement réunie à la face profonde des lambeaux cutanés, et, dans la partie exposée, recouverte de bourgeons charnus. Puis tout aurait progressivement diminué, et en quelques semaines le sac serait tout à fait revenu sur lui-même. Le pansement ouvert aurait favorisé cette terminaison et l'on aurait assisté au fond de la plaie à ce travail si remarquable de rétraction et de quasi occlusion qu'on observe en cas de dénudation des grosses artères et des grosses veines après l'extirpation, par exemple, de tumeurs volumineuses du triangle de Scarpa.

Si donc je me retrouvais en face d'un cas semblable à celui dont vous venez d'entendre le récit, je me contenterais de lier avec soin les vaisseaux artériels et veineux qui paraîtraient s'aboucher directement dans le sac. Quant à ce dernier, s'il renfermait seulement du sang en stagnation, sans présenter ni battements, ni expansion, ni souffle, je l'abandonnerais à lui-même comme s'il s'agissait de la simple dénudation d'un gros vaisseau. En cas de retour des battements, j'essaierais d'obtenir dans le sac lui-même la formation de caillots à l'aide d'un agent à la fois coagulant et antiseptique (chloral, perchlorure de fer).

La discussion qui précède a presque résolu la troisième question que je voulais exposer devant vous, question ainsi conçue : *Une même méthode opératoire convient-elle à tous les anévrysmes artério-veineux?*

M. Richet a répondu négativement en réservant l'ouverture du sac à des cas tout à fait particuliers qu'il a pris la peine de déterminer. J'ai combattu sa conclusion, quant à la lettre; mais j'en approuve absolument l'esprit.

Il ne suffit pas, en effet, d'énumérer plus ou moins longuement les méthodes, avec ou sans procédés, applicables à une affec-

tion chirurgicale donnée, ni même de rappeler la manière d'agir de tel ou tel maître. Il faut guider le praticien dans le choix si difficile à faire entre les ressources de la thérapeutique opératoire ; il faut lui montrer qu'en face d'un cas donné, il y a une opération indiquée spécialement, non seulement parce qu'elle est bonne en général, mais parce que dans l'espèce elle est meilleure que toutes les autres.

On n'a qu'à lire attentivement ce qui a été écrit sur la cure opératoire de l'anévrysme artério-veineux pour se convaincre que les chirurgiens, très distingués d'ailleurs, qui s'en sont occupés, n'ont guère songé à dire pourquoi ils ont opéré plutôt d'une manière que d'une autre. D'où il résulte que la question pratique n'est guère plus avancée qu'au premier jour, et que cette incertitude persistera tant que l'opérateur n'aura pas d'autre motif déterminant que l'habitude, la routine, l'imitation des maîtres, ou, à l'inverse, le désir de faire autrement qu'eux.

On peut, en revanche, prédire à l'art chirurgical une ère brillante de progrès et de succès quand on ne croira plus ni aux panacées, ni aux procédés héroïques, ni à l'infaillibilité de l'illustre M. X... ou du célèbre M. Z...; quand on substituera au règne de la mode, de l'engouement et de l'imitation servile, celui du bon sens, du jugement, et d'un éclectisme rationnel et éclairé.

CONCLUSIONS.

Si votre rapporteur, malgré tous ses efforts, n'est pas arrivé à accroître votre instruction chirurgicale, il est plus sûr de réussir en vous vantant la valeur actuelle et l'avenir assuré de l'auteur du présent mémoire. Je vous propose donc :

1° De publier intégralement dans nos bulletins le mémoire de M. Reclus ;

2° De lui adresser des remerciements.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Traitement des anévrysmes artério-veineux par la méthode sanglante,

Par M. le Dr Paul Reclus,

Professeur agrégé à la faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Lorsque les anévrysmes artério-veineux ont résisté aux moyens de traitement ordinaires, lorsqu'on a vu échouer la compression sous

toutes ses formes et par tous les procédés, si la tumeur gêne les fonctions du membre, grossit et menace de se rompre, on a recours à la méthode sanglante. Mais un bien petit nombre d'observations ont été publiées, et pour que le chirurgien puisse formuler quelques règles précises, il faut encore des faits nouveaux, un minutieux examen, une discussion sérieuse des cas particuliers. Nous croyons donc utile d'appeler l'attention de la Société sur une opération récente de M. Verneuil; nous la rapprocherons des faits analogues recueillis dans les auteurs, et de leur ensemble nous essayerons de tirer une conclusion pratique.

Observation.

Ledoux (Georges), 17 ans, taillandier, entre dans le service de clinique chirurgicale de la Pitié, le 23 mars 1882, pour une tumeur du creux poplité. Il est de bonne santé habituelle et nous ne trouvons dans ses antécédents qu'une angine couenneuse, une scarlatine et quelques accidents strumeux de peu d'importance, gourmes et blépharite ciliaire.

Au mois d'avril 1879, jouant avec ses camarades, il se recule dans la rue pour prendre son élan et tombe sur un carreau qu'il brise. Il n'éprouva d'abord aucune douleur et put s'enfuir chez lui. On reconnut alors au jarret droit une plaie étroite et profonde par où s'écoulait une grande quantité de sang. Le père fit, avec une serviette, une compression énergique; aussi l'hémorragie était-elle arrêtée quand le médecin arriva. La cicatrice de la petite plaie se fit très promptement.

Un mois et demi après l'accident, se montra sous les téguments du creux proplité une saillie où l'on percevait un bruissement particulier. Le médecin ordonna une genouillière qui fut portée pendant un mois. La tumeur grossissant, on pratiqua la compression; le jeune homme continuait son travail et ses jeux sans éprouver ni fatigue ni douleur. Cependant, comme aucune amélioration ne se manifestait, et que la tumeur grossissait sans cesse, Ledoux se décide à entrer à l'hôpital où l'on constate ce qui suit :

La tumeur fait sous la peau une saillie du volume d'un œuf de poule; elle est molle, dépressible, fluctuante et soulevée par des battements isochrones à la systole ventriculaire. Ferme et consistante dans la station verticale, elle est plus molle et assez facilement réductible dans le décubitus horizontal. Il existe un thrill manifeste et un bruit de rouet caractéristique, dont le maximum s'entend vers la partie inférieure du jarret. Mais ce bruit se prolonge en bas dans les tibiales jusqu'aux plantaires et à la pédieuse,

et en haut jusqu'à l'origine de la crurale, où l'on perçoit même le thrill pour peu que l'on déprime assez fortement l'artère. La compression au-dessous du sac augmente l'amplitude des battements; au-dessus, elle abolit les mouvements d'expansion et fait disparaître le bruissement, mais sans amener l'affaissement de la tumeur.

Tout le système veineux du membre inférieur droit est très dilaté; la saphène interne peut être suivie de son origine à sa terminaison sous forme d'un cordon brunâtre, saillant et dur; la peau est pigmentée de ces taches jaunes dépendant de varices profondes (Verneuil). Ongles et poils normaux. Le compas d'épaisseur donne, au niveau du mollet, du côté droit, deux centimètres et demi de plus que du côté gauche.

Ces caractères ne pouvaient laisser aucun doute; il s'agissait évidemment d'un anévrysme artério-veineux, à parois minces et à contenu purement liquide sans doute.

Le traitement fut commencé. La compression directe avec des morceaux d'amadou maintenus par des bandes de toile ou de caoutchouc, est essayée à trois reprises du 2 au 23 avril, mais sans le moindre succès. Il y a bien disparition momentanée de l'expansion et du bruissement, mais ces symptômes reparaissent en moins d'une heure et les tentatives ne peuvent être répétées, car il survient du purpura et des excoriations, des téguments. Le bandage ouaté, appliqué avec le plus grand soin, ne réussit pas mieux, et l'on doit abandonner toute tentative de ce genre. Or, comme l'anévrysme progresse, il faut tenter une opération radicale.

Le 17 mai, le malade étant chloroformé, on applique la bande d'Esmarch. M. Verneuil pratique une incision curviligne à convexité interne et dont les deux extrémités dépassent les limites de la tumeur. La poche apparaît et sa surface est dégagée des muscles qui l'enveloppent en partie. Elle est ovoide, à grand diamètre vertical, les parois en sont bleuâtres et légèrement bosselées. Grâce à un nouveau débridement de la peau, on atteint l'orifice inférieur de l'anneau du 3e adducteur; on voit alors que la poche se continue par la veine encore variqueuse dont elle n'est qu'une large dilatation. Derrière est l'artère, dont le calibre est normal. Artère et veine sont solidement étreintes, en ce point, par deux fortes ligatures.

En bas, la recherche du vaisseau et plus délicate; l'incision primitive doit être étendue. La veine, tortueuse, ampullaire, s'enfonce profondément entre les deux jumeaux vers l'anneau du soléaire, et là se divise en deux branches. C'est donc deux ligatures veineuses que l'on doit pratiquer. L'artère est saisie à son tour et liée sans beaucoup de peine. L'incision de la peau, après ces débridements successifs, mesure 18 centimètres environ.

Le sac qui, nous l'avons déjà dit, n'est qu'une dilatation de la veine, se présente alors sous forme d'une tumeur bleuâtre, bosselée et distendue par le sang. La persistance du sang dans le sac s'explique parce qu'en ischémiant le membre on avait évité d'appliquer la bande de caoutchouc sur la tumeur dans la crainte de déplacer quelques caillots et de créer ainsi des embolies veineuses. La poche ne présente plus ni expansion, ni battements, ni bruit de rouet, ni *thrill;* mais on la vide en partie par la compression, et dès que celle-ci cesse, on la voit se remplir de nouveau assez rapidement. Il est hors de doute que des vaisseaux l'alimentent encore et dès lors pourraient rétablir les conditions primitives de la phlébartérie.

Aussi, après beaucoup d'hésitation, M. Verneuil qui, après cette quintuple ligature, avait un instant considéré l'opération comme terminée et avait déjà enlevé la bande d'Esmarch, se décide à ouvrir le sac. Ayant fait établir la compression digitale dans le triangle de Scarpa, il donne un coup de pointe dans la tumeur. Aussitôt jaillit un flot de sang veineux qui ne s'arrête pas. La poche étant ouverte dans toute sa longueur, on voit le sang soudre par plusieurs orifices, embouchures des veines articulaires et musculaires venant se rendre naturellement dans la veine poplitée métamorphosée en sac anévrismal. L'hémorragie devient inquiétante, d'autant plus qu'au sang noir vient se mêler un courant artériel. M. Verneuil arrête le sang par la compression directe au fond de la plaie et s'empresse de faire remettre la bande d'Esmarch.

Procédant alors avec lenteur, on cherche à découvrir et à isoler successivement ces veines avant leur entrée dans le sac. On saisit ainsi en dehors de ce sac et sur différents points de sa surface quatre vaisseaux assez volumineux. Le lien élastique étant momentanément desserré, on constate que l'hémorragie est fort atténuée sans être encore tarie : le filet de sang artériel persiste. Avec une aiguille de Deschamps, M. Verneuil passe enfin un fil solide au-dessous de la tumeur, profondément, entre l'artère et le fémur, et lie tous les tissus compris dans l'anse. Cette ligature en masse produit l'effet désiré; le sang rouge ne sort plus, il ne reste qu'à étreindre quelques petits vaisseaux artériels et veineux sur différents points de la plaie pour arrêter tout écoulement. Puis cette large plaie anfractueuse, contusionnée, déchiquetée par les laborieuses recherches, est lavée à l'acide phénique; les ligatures sont disposées en deux faisceaux, les lèvres de l'incision rapprochées sans effort et surtout sans suture, et le membre tout entier est enfermé dans un appareil ouaté d'Alphonse Guérin. On a soin de laisser les orteils à découvert pour surveiller la circulation du membre

Les choses marchèrent favorablement tout d'abord; les douleurs passèrent vite mais s'irradiaient souvent encore dans le pied et la partie postérieure de la jambe, annonçant ainsi une irritation du nerf tibial postérieur.

La fièvre traumatique fut très légère et la circulation parfaite dans le pied.

Lorsque le premier appareil ouaté fut enlevé vers le dixième jour, la suppuration était bien établie; les parois du sac étaient sphacélées et se montraient au centre de la plaie sous forme de lambeaux flottants noirâtres.

Le second pansement ouaté fut enlevé dans les premiers jours du mois de juin; la plaie était large encore, mais de belle apparence; un certain nombre de ligatures s'étaient déjà détachées. En raison de l'abondance de la suppuration, on appliqua un pansement antiseptique simple.

L'état général était excellent; point de fièvre, peu de douleur, appétit, sommeil; le malade fort impatient s'agitait beaucoup dans son lit et au moment des pansements cherchait toujours à détacher les ligatures pour hâter sa guérison. C'est sans doute à une manœuvre de ce genre qu'il faut attribuer une forte hémorragie qui survint le 8 juin et qu'on ne put réprimer que par une cautérisation profonde, pratiquée avec le thermo-cautère par un des internes du service.

La marche de la cicatrisation reprit bientôt son cours régulier, mais, le 15 juin, la plaie prit un aspect grisâtre, se recouvrit d'un enduit diphthéroïde, et l'on vit apparaître tous les signes généraux et locaux d'une lymphangite. La pulvérisation phéniquée appliquée plusieurs heures par jour, modifia rapidement la plaie, mais n'empécha ni la diffusion de la lymphangite soit vers l'aine soit vers les orteils, ni les retours de la fièvre. Il fallut près de trois semaines pour voir se terminer cette complication qui causa d'assez vives inquiétudes.

A cette époque, en effet, l'eschare de la cautérisation hémostatique n'était pas tombée, et trois ligatures tenaient encore. D'un moment à l'autre, surtout avec les ascensions brusques de la température, on pouvait donc craindre le retour d'une hémorragie secondaire.

Les veines sous-cutanées, très variqueuses, rampant dans le foyer de la lymphangite, étaient également exposées à une phlébite qui se serait facilement propagée aux veines profondes. Un jour enfin, la tuméfaction était si considérable au niveau du mollet, qu'on chercha avec attention s'il n'y avait pas là quelque collection purulente diffuse.

Heureusement ces menaces ne se réalisèrent point, et l'on eut

à lutter seulement contre un petit accident dont on ne triompha qu'avec peine.

Dès que l'hémorragie secondaire eut fait adopter le pansement antiseptique ouvert, le membre fut placé commodément sur un coussin où il reposait par la face interne. Bientôt on remarqua que les fléchisseurs de la jambe mis à nu au fond de la plaie se rétractaient lentement et tendaient à fixer le genou à angle droit.

Comme l'établissement de cette attitude eût été très fâcheux pour l'usage du membre et très difficile à combattre après cicatrisation de la plaie poplitée, on dut maintenir le membre dans l'extension.

On y parvint non sans peine avec une attelle de fil de fer appliquée à la face antérieure de la cuisse, du genou et de la jambe, et maintenue tant bien que mal avec des lacs circulaires, que la peau envahie par la lymphangite supportait malaisément.

Il est bon d'entrer dans tous ces détails pour montrer combien la cure fut minutieuse, et à quel prix on obtint une guérison sur laquelle il n'aurait pas été prudent de compter quinze années auparavant.

Enfin le 15 août tout allait assez bien pour permettre à Ledoux d'aller à Vincennes achever sa convalescence.

Réflexions. — L'hésitation de M. Verneuil, au cours de l'opération, marque bien la difficulté de choisir entre deux méthodes également pratiquées et qui, l'une et l'autre, présentent de réels avantages. Faut-il ouvrir le sac, ou doit-on, après avoir lié les vaisseaux, respecter l'intégrité de la poche ? Pour mieux répondre à cette question délicate, nous allons tâcher de résumer brièvement toutes les observations de ce genre que nous avons pu recueillir dans les auteurs.

Elles sont au nombre de vingt et une, y compris le cas de M. Verneuil et un fait de Velpeau cité par Follin, mais dont nous n'avons trouvé que la sommaire indication sans détails suffisants. Treize fois le sac a été ouvert et voici dans quelles circonstances. *Auguste Bérard*, pour un anévrisme artério-veineux du pli du coude, incise la poche d'où s'échappe un sang fluide mêlé à une grande quantité de caillots fibrineux. Il cherche alors le bout supérieur de l'artère qu'il rencontre derrière la paroi fibrineuse du sac, et qu'il isole de la veine interposée à l'artère et au sac. Le sang reflue par le bout inférieur qu'il veut lier aussi, mais les tissus périphériques étaient épaissis, indurés et rouges. Il dut comprendre l'artère et la veine dans un même nœud, et, pour les saisir, il fallut, par leur embouchure dans le sac, faire pénétrer un stylet le long de leur trajet. Au bout de six semaines, la guérison fut complète, sans incident d'aucune sorte. L'ouverture du sac eut ici

comme avantage d'évacuer les caillots et de faciliter la recherche des vaisseaux perdus dans des tissus enflammés.

Le fait de M. *Richet* rappelle, par plusieurs détails, l'observation précédente. Il s'agit encore d'un anévrysme artério-veineux du pli du coude. La compression avait été inefficace. Après ligature préalable de l'humérale, à quelque distance au-dessous du sac, le chirurgien ouvre la poche, mais il jaillit un flot de sang rutilant qui semble provenir de tous les points de l'anévrisme. Nouvelle ligature du bout supérieur de l'artère, mais cette fois, immédiatement au-dessus du sac : le sang continue à affluer. On cherche à étreindre le bout inférieur long à peine de 3 millimètres, par suite de sa bifurcation précoce. Avec des difficultés sans nombre, on parvint à saisir, au milieu de tissus indurés, comme cartilagineux, et en se guidant sur des stylets introduits par le sac dans le trajet des vaisseaux, les artères et leurs veines correspondantes que le même nœud oblitère. Malheureusement il y eut des hémorragies secondaires, que tarit la seule ligature de l'axillaire. Le malademourut de septicémie.

Ollier, pour un anévrysme de la même région, fait une incision au niveau de la tumeur : il pratique d'abord la ligature du bout supérieur; les battements persistent; il isole le sac, le dissèque avec soin et l'enlève. « Dans ce temps de l'opération on eut un jet de sang noir provenant d'une veine profonde et deux jets de sang rouge, l'un du bout inférieur, l'autre d'une artère collatérale. Il y eut donc trois ligatures à poser. » Le malade guérit. *Thorndike* en agit ainsi pour un anévrisme artério-veineux de la radicule. Il lia les vaisseaux et extirpa le sac; mais il y eut des hémorragies secondaires malgré l'emploi du Lister, et le malade mourut. Tout récemment (1882), Wahl extirpa, par un procédé analogue, un anévrysme des gros vaisseaux de la cuisse. L'opération paraît avoir été facile et le malade guérit.

En 1854, *Nélaton* eut à traiter une varice anévrysmale du jarret. « La résolution fut prise d'ouvrir largement le sac et de lier les deux bouts de l'artère ainsi que la veine. » Ainsi fut-il fait; mais il manque malheureusement les détails de l'opération, et ils eussent été fort instructifs, car celle-ci ne dura pas moins de une heure et demie, bien qu'il n'y ait eu « aucun accident ». Des hémorragies secondaires emportèrent le malade.

Nous devons à l'obligeance de notre ancien collègue d'internat, Edouard Martin, de Genève, une autre observation de *Nélaton*, encore inédite, et nous la résumons rapidement. Il s'agit d'un anévrysme artério-veineux de la cuisse droite consécutif à un coup de feu reçu pendant la guerre de 1870. Le frémissement et l'expansion apparurent peu de jours après la blessure, et, au bout d'un

mois et demi, la tumeur avait fait de tels progrès, malgré la compression, que l'opération est décidée; elle est pratiquée par MM. Nélaton, Denonvilliers et Maurice Reynaud, assistés de MM. Bernutz et Lannelongue.

On fait, sur le trajet de l'artère fémorale, une incision dont l'extrémité supérieure atteint le sommet du triangle de Scarpa. On arrive, avec précaution, sur le vaisseau qu'on isole; l'artère est liée. A ce moment survient une hémorragie abondante qu'on attribue à une collatérale et on pratique une deuxième ligature de la fémorale à 2 centimètres au-dessus de la première. On fait donc, en sens inverse, ce que nous avons lu dans l'observation de M. Richet. L'incision est ensuite prolongée sur le sac jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. La poche est fendue; on en évacue les caillots, et l'on reconnaît le bout inférieur de l'artère qu'un fil étreint sans grande difficulté. Le nœud supérieur et le nœud inférieur ne sont guère distants que de 4 centimètres.

Mais une hémorragie se déclare, qui provient du bout inférieur de la veine fémorale dilatée; on la lie et l'écoulement s'arrête. On remplit la plaie de tampons de charpie sur lesquels on exerce une certaine compression au moyen d'une bande roulée. Du huitième au dixième jour, les fils tombent, mais une suppuration fétide s'établit. Le douzième jour, des hémorragies secondaires se déclarent, que l'on arrête difficilement par des cautérisations profondes et des applications de perchlorure de fer; l'écoulement se reproduit à plusieurs reprises; il affaiblit le malade qui succombe le 4 décembre, treize jours après l'opération.

Annandale a pratiqué deux fois, en 1875, une opération analogue. Il croit être le premier qui ait lié les deux bouts de l'artère et les deux bouts de la veine, puis ouvert le sac, comme Dupuytren l'avait proposé. Breschet semble avoir mis cette idée à exécution; nous n'avons pu trouver l'observation de ce cas, dont la vague mention existe dans plusieurs Mémoires. Pour un anévrysme artério-veineux du creux poplité, Annandale place un tourniquet à la partie supérieure de la cuisse. Il dénude le sac et fait, à son centre, une incision juste assez grande pour donner passage à la pointe de son index, qui explore la profondeur de la poche. Le doigt est retiré progressivement; mais une abondante hémorragie se déclare, qu'on arrête par un lien élastique placé à la racine du membre.

Le sac est alors fendu dans toute sa longueur, et l'on aperçoit les orifices du vaisseau; on introduit des sondes dans leur lumière; l'artère et la veine sont isolées avec soin, et on place une ligature sur chacune d'elles au-dessus et au-dessous du sac. On enlève alors le tourniquet et la bande élastique; une artère et une veine

donnent du sang; on les lie au catgut et l'on met un pansement de Lister. *Annandale,* qui a pratiqué une seconde opération par la même méthode, la recommande chaudement. Elle aurait pour avantage de clore certainement l'orifice entre l'artère et la veine, et de conjurer l'hémorragie veineuse.

Roux, qui a opéré six anévrysmes artérioso-veineux par la méthode sanglante, n'a ouvert qu'une fois le sac. Il s'agissait, dans ce cas, d'un homme de trente-cinq ans qui, après une saignée malheureuse, vit se développer sur le bras gauche une varice anévrysmale, dont le volume augmenta progressivement malgré l'emploi de la glace et de la compression. « Le sac est mis à nu et largement ouvert ; un flot de sang jaillit aussitôt ; on enlève rapidement un caillot volumineux et l'on aperçoit nettement le bout supérieur de l'artère sur lequel on applique une ligature. La compression axillaire est alors suspendue; on ne tarde pas à voir un jet de sang artériel qui décèle le bout inférieur. Une seconde ligature est appliquée sur ce point; puis on en place une troisième sur un autre point par où le sang continuait à couler en petite quantité. Alors on nettoie la plaie et l'on s'assure que l'écoulement est complètement tari... Tout marche de la manière la plus simple... Le malade, parfaitement guéri, ne tarde pas à quitter l'hôpital. »

— Lorsqu'on cherche, dans ces premières observations, pour quels motifs les opérateurs ont ouvert le sac, outre la réminiscence de la méthode ancienne, on trouve deux raisons dont la valeur est, il est vrai, discutable : d'abord l'évacuation de caillots contenus dans la poche, dont l'inflammation pourrait être le point de départ de suppurations phlegmoneuses ; puis l'extrême difficulté de reconnaître parfois, au milieu de tissus indurés par la présence de la tumeur et sous la nappe sanguine qui les voile pendant l'opération, le bout supérieur et surtout le bout inférieur des vaisseaux.

Le premier point n'a pas, dans l'anévrysme artério-veineux, l'importance qu'il a dans l'anévrysme artériel; les caillots sont toujours moins épais, moins abondants lorsqu'ils existent, car on n'ignore pas qu'ils font souvent défaut, et toute une variété, la phlébartérie avec ou sans dilatation de la veine, y échappe à peu près complètement. C'est ainsi que, dans l'observation de M. Verneuil, nous n'avons vu, sur la paroi lisse et bleuâtre de la poche, ni strates fibrineuses, ni concrétion cruorique.

Et puis, avec la méthode nouvelle de pansement, cette considération a beaucoup perdu de sa valeur. Tout corps étranger, dans une plaie septique, était prétexte à suppuration interminable, à phlegmons diffus, à infection putride et à hémorragie secondaire. La ouate et l'acide phénique nous débarrasseront de ces accidents, et si les caillots n'étaient pas évacués, on verrait certainement la

poche se rétracter peu à peu et disparaître, comme le sac des anévrysmes artériels après la ligature par la méthode d'Anel.

La seconde raison qui militait encore en faveur de l'ouverture du sac a perdu aussi de sa force. Certainement il restera toujours difficile de trouver, au milieu de tissus condensés, « épaissis, rougis, comme cartilagineux,» des vaisseaux dont la tumeur anévrysmale a changé les rapports. Nous avons vu que M. Richet et Auguste Bérard y passèrent un long temps, et qu'en fin de compte ils n'y parvinrent qu'après ouverture du sac ; ils purent alors introduire une sonde dans l'ouverture du vaisseau et reconnurent ainsi leur trajet. Mais ne croit-on pas qu'aujourd'hui, avec la bande d'Esmarch, une dissection minutieuse, dans des tissus exsangues, ne permettra pas le plus souvent de saisir les vaisseaux à leur émergence du sac ?

S'il n'y avait donc à invoquer que ces deux arguments en faveur de l'ouverture du sac, nous croyons que la méthode risquerait de céder le pas au procédé de la double ligature. On suivrait le précepte de Roux : « On doit traiter l'anévrysme artério-veineux comme on traite une plaie artérielle ; on lie le vaisseau immédiatement au-dessus et au-dessous du point où il communique avec la veine. » On peut alors négliger la poche, qui perd sa qualité d'anévrysme pour prendre tout au plus la valeur d'une ampoule variqueuse, lésion sans gravité actuelle ou lointaine. Cette méthode de la double ligature artérielle sans ouverture du sac a, comme avantage, la rapidité de l'exécution et l'absence de délabrement.

Nous en avons recueilli huit observations, dont cinq appartiennent à *Roux*. Une première fois, il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans sur lequel avait échoué, pendant six années, tous les modes de compression, pour une varice anévrysmale du bras gauche. Les téguments furent incisés au pli du coude, sur le trajet de l'artère, et les veines écartées. On ne voulait ni les ouvrir ni les comprendre dans les ligatures. Deux fils sont placés sur l'artère, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de l'ouverture anastomotique. Malgré les précautions prises, des veines furent transpercées. « C'est pour cela, sans doute, qu'alors je croyais tout terminé, parce que j'avais soumis l'artère à une double étreinte, il m'a fallu placer soudain une troisième ligature ; je l'ai mise sur des veines seulement d'où coulait en masse une assez grande quantité de sang. C'est pour cela, sans doute aussi, que le soir même s'est déclarée une hémorragie assez abondante, mais qui n'était que veineuse et qui a cédé heureusement à la substitution d'un appareil légèrement compressif à l'appareil simplement défensif ou contentif qui avait été mis en premier lieu sur le membre. » Les suites de l'opération furent remarquablement

simples. Cependant la cicatrisation totale n'était obtenue qu'au bout de six semaines.

En 1831, *Roux* fut moins heureux pour un anévrysme artérioso-veineux du pli du coude gauche, datant de dix-huit mois. La doctrine était encore mal assise, et il eut d'abord recours à la méthode de Hunter. L'insuccès fut absolu. Un an et demi après cet échec il tenta, chez le même malade, la double ligature. « Les difficultés furent grandes : elles dépendaient principalement de ce que les veines, très larges, très adhérentes les unes aux autres et à parois très épaisses, formaient un réseau inextricable que je ne pus parvenir à soulever pour découvrir l'artère ; et de ce que celle-ci, bien qu'elle reçût par des collatérales le sang qu'elle transmettait aux veines, avait perdu de son calibre naturel par le fait de la ligature qui avait été pratiquée au milieu du bras dix-huit mois auparavant, et ne pouvait être reconnue que par de faibles battements. Ce fut donc après bien des manœuvres minutieuses et en m'abandonnant un peu au hasard, que je parvins à engager des ligatures tant au-dessus qu'au-dessous de l'ouverture anastomotique de l'artère avec les veines. » Au bout de huit jours commença la série des hémorragies secondaires. L'amputation du bras devint nécessaire, et la mort survint cinq jours après, quatorze jours après l'opération de la double ligature.

Nous nous contenterons de copier le sommaire de trois autres observations de Roux, non qu'elles manquent d'intérêt, mais elles ne nous donnent aucun élément nouveau sur le point particulier que nous étudions ici. « Varice anévrismale du pli du bras, suite de saignée. Double ligature au-dessus et au-dessous de l'orifice de communication. Gangrène du membre. Amputation du bras. Hémorragie consécutive. Ligature de l'artère humérale à sa partie supérieure. Guérison. » — « Deux cas de varice anévrysmale, suite de saignée. Opération par la double ligature au-dessus et au-dessous de l'orifice de communication. Succès complet dans les deux cas. »

Voici d'autres observations : *Malgaigne* « lia successivement, à travers deux incisions séparées, l'artère humérale au-dessus et au-dessous du sac ; il n'y eut aucun accident et, vingt-deux jours après, la guérison était complète. » « Il est important, ajoute Malgaigne, de commencer par le bout inférieur afin d'être toujours dirigé, dans la seconde ligature, par le battement de l'artère. » *Spence*, en 1875, lia, comme Malgaigne, mais il est vrai par une seule incision, l'artère au-dessus et au-dessous du sac, sans s'occuper de la veine. La guérison fut obtenue.

Malgaigne répéta une seconde fois à peu près la même opération, mais il fut moins heureux. Il s'agissait d'un anévrysme de la

fémorale. Après échec de la compression le chirurgien incise sur le trajet des vaisseaux, arrive sur l'artère et pose une première ligature après s'être assuré que la compression, au niveau du fil, fait cesser tout bruit anormal. Il allonge alors l'incision par en bas et suit les vaisseaux jusqu'au troisième adducteur, où il place une seconde ligature sur l'artère, toujours en respectant la veine. La réunion immédiate ne fut pas obtenue; il y eut des hémorragies, et le malade mourut; mais il est probable qu'avec nos pansements actuels cette opération aurait réussi.

Aujourd'hui, ce n'est ni l'existence des caillots, ni même la plus ou moins grande difficulté de trouver les vaisseaux qui, dans certains cas déterminés, nous commandera l'ouverture du sac pour un anévrysme artérioso-veineux. Une observation de Norris et le fait de M. Verneuil nous révèlent une condition particulière qui nécessite ce complément d'opération.

Que voyons-nous dans l'observation de M. Verneuil? Le sac veineux cachait, sous son ampoule fusiforme, l'artère, qui ne devenait accessible, en bas et en haut, qu'au point où la tumeur se rétrécissait, c'est-à-dire au moment où la veine reprenait à peu près son calibre normal. On ne pouvait donc placer les ligatures que fort loin l'une de l'autre, et les fils isolaient un segment vasculaire d'au moins huit centimètres, où des collatérales volumineuses, entre autres les articulaires, dilatées au surplus par les troubles circulatoires inhérents à tout anévrysme, ramenaient, par un courant plus ou moins rapide, une certaine quantité de sang. La double ligature artérielle n'aurait pas atteint son but; à elle seule elle eût été à peu près illusoire, et l'anévrysme artérioso-veineux se serait rapidement reproduit.

Nous n'en voudrions pour preuve que le courant de sang rouge observé par M. Verneuil après l'ouverture du sac. Sans doute il n'avait pas suffi pour ramener dans la tumeur le bruit du souffle, l'expansion et le frémissement; mais déjà la poche était dure, tendue; elle se vidait avec peine et se remplissait assez vite. Certainement une notable quantité de sang artériel se mêlait au sang veineux, et la réapparition de symptômes caractéristiques n'était qu'une question de temps.

N'en fut-il pas ainsi, d'ailleurs, dans le cas partout cité de *Norris?* En 1862, il appliqua la méthode de la double ligature pour un anévrysme variqueux du pli du coude. Les battements s'arrêtèrent aussitôt après l'opération; mais la poche était dure, résistante, et la compression ne l'affaissait que difficilement. Au neuvième jour, l'expansion reparut « parce qu'une collatérale importante aboutissait à l'artère entre les deux ligatures ». Le surlendemain Norris se décida à ouvrir le sac; il lia les deux bouts

de la veine et de l'artère qui pénétraient dans la poche. Il fit donc, mais en deux temps et à plusieurs jours d'intervalle, l'opération pratiquée par M. Verneuil.

Aussi pensons-nous qu'en pareil cas la décision de M. Verneuil est la seule à prendre. Sans doute, s'il se fût arrêté après la ligature des deux bouts de l'artère et de la veine, l'opération eut été plus brillante et moins longue, les délabrements moins étendus. Mais à cette heure, avec nos pansements, cela compte pour peu. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, que si la bande d'Esmarch n'eut pas été retirée avant l'ouverture du sac, on aurait évité le grave épisode de cette hémorragie menaçante, conjurée seulement par le sang-froid du chirurgien. Avec l'ischémie préalable l'opération fut restée délicate, mais non dangereuse.

Voilà pourquoi nous croyons pouvoir résumer les développements qui précèdent par les deux propositions suivantes :

1° Lorsque le chirurgien peut assez rapprocher les fils pour que le segment oblitéré ne reçoive pas de collatérale importante, l'opération de la double ligature artérielle, sans ouverture du sac, nous semble parfaitement indiquée ;

2° Lorsqu'au contraire des collatérales importantes ramènent dans le segment oblitéré assez de sang pour distendre le sac, il faut lier les vaisseaux afférents et efférents, ouvrir la poche et chercher les embouchures des collatérales que la bande d'Esmarch permettra de saisir sans danger d'hémorrhagie.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNANDALE. — *The Lancet*, 1875 ; t. I, p. 568.

BÉRARD. — *Compendium de chirurgie pratique*, t. II, p. 127.

BROCA. — *Des anévrysmes et de leur traitement*, p. 217 et 393.

JACCOUD. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1858 ; p. 355.

MALGAIGNE. — *Manuel de médecine opératoire*, t. I, p. 244 ; et *Revue médico-chirurgicale de Paris*, 1852 ; t. XI, p. 156.

NÉLATON. — *France médicale*, 1863 ; p. 197.

OLLIER. — *Mém. Soc. de méd. de Lyon*, 1865 ; t. IV, 2e partie, p. 159.

ROUX. — *Quarante années de pratique chirurgicale* ; t. II, p. 263-302.

RICHET. — *Bull. Soc. de chir.*, 1862 ; p. 281.

SPENCE. — *Arch. générales de méd.*, 1875, 6e série, t. XXVI ; p. 492.

THORNDIKE. — *Boston med. and surg. journal*, 1878; t. XCXI; p. 475.
VELPEAU. — *Bull. Soc. de chir.*, 1856-1857; t. VII, p. 505.
VERNEUIL. — *Clinique inédite*, 1882.
WAHL. — *St-Pétersb. med. Wochenschrift*, 1883; nº 7, p. 53.

Communication.

De la résection radio-carpienne,

Par M. OLLIER.

La résection du poignet est peut-être, parmi les résections des grandes articulations celle qui est la moins en faveur. En France, elle est à peu près généralement repoussée, et, à l'étranger, malgré les résultats signalés par Lister, West, Esmarch, Langenbeck, elle est tenue en suspicion par un grand nombre de chirurgiens. On lui reproche de laisser une main à peu près inutile, d'être plus dangereuse que l'amputation et de laisser après elle des fistules interminables qui, non seulement empêchent la guérison locale, mais sont une des causes de l'infection générale chez les tuberculeux. Aussi trouve-t-on aujourd'hui encore beaucoup de chirurgiens disposés, selon le conseil de Malgaigne, à rayer absolument cette opération de la pratique.

C'est contre une pareille opinion que je viens m'élever devant vous, en m'appuyant sur les résultats de vingt-deux observations personnelles de résection radio-carpienne par ostéo-arthrites suppurées ; sans compter les ablations partielles du carpe avec abrasion et cautérisation articulaires que j'ai souvent pratiquées chez les enfants. Ces dernières opérations m'ont donné des résultats excellents au-dessous de l'âge de treize ans, mais je me borne à les signaler et je ne les ferai pas entrer en ligne de compte Je veux seulement m'occuper aujourd'hui des ablations totales du carpe avec ou sans résection des extrémités inférieures du radius et du cubitus, et des extrémités supérieures des métacarpiens, c'est-à-dire des opérations contestées ou repoussées par la plupart des chirurgiens. La plupart de mes opérations ont été des résections totales, et, à ce propos, je dois m'élever contre les opérations trop parcimonieuses chez l'adulte. Dans mes premières opérations j'avais eu des résultats imparfaits qui étaient dus à des résections incomplètes d'une part et de l'autre aux complications infectieuses (érysipèles, fusées purulentes). Mais depuis l'adoption

du pansement de Lister, mes résultats sont tout autres; les complications infectieuses sont évitées; les processus réparateurs s'accomplissent plus régulièrement et j'obtiens des résultats infiniment meilleurs au point de vue orthopédique et fonctionnel.

Indépendamment des 22 résections par ostéo-arthrite chronique suppurée, j'ai pratiqué deux résections traumatiques primitives ; ce qui fait en tout 24 opérations qui ont été suivies trois fois de la mort, une fois par gangrène septique, deux fois par pyohémie.

J'applique à cette opération les règles de la méthode sous-périostée, c'est-à-dire que je conserve la gaine périostéo-capsulaire qui sert à unir les métacarpiens aux os de l'avant-bras, et assure ainsi la solidité de la main, dans le cas où l'âge des opérés ne permet pas de compter sur la régénération osseuse. J'emploie deux procédés pour cette opération ; le premier procédé que j'ai décrit il y a 16 ans, consistant en deux incisions latérales, et qui est applicable surtout aux cas où la lésion a commencé par les os de l'avant-bras et n'a envahi le carpe que secondairement : un procédé à incision dorsale plus souvent applicable que le premier, car la lésion débute le plus souvent par les articulations carpiennes et est, dans certains cas, bornée aux os du carpe.

Ce dernier procédé a été décrit dans la thèse d'un de mes élèves, M. le Dr Métral, de Genève. Je dépose cette thèse sur le bureau de la société; elle contient la relation de mes premières opérations [1].

L'incision dorsale est combinée pour ménager absolument tous les tendons. Partant de deux centimètres au-dessous de l'extrémité inférieure du deuxième métatarsien et du bord radial de cet os, elle se dirige vers le milieu de la ligne bi-styloïdienne; arrivée là elle change de direction et se dirige plus ou moins haut dans l'axe de l'avant-bras. Deux ou trois incisions de décharge au niveau des apophyses styloïdes et de la saillie antérieure du scaphoïde reçoivent des drains pour faciliter l'écoulement des liquides de la plaie. L'incision qui se fait au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus est, dans certains cas, prolongée jusqu'à un centimètre au-dessus de l'extrémité inférieure du cinquième métacarpien par l'extraction de l'os crochu et du pyramidal et la résection des métacarpiens correspondants.

Il faut se donner du jour pour bien nettoyer la gaine périoste-capsulaire, enlever tous les os du carpe, réséquer toutes les por-

[1] Voyez aussi les *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 17 avril 1882, et les *Comptes rendus du congrès de la Rochelle*. Les *Comptes rendus du congrès de Lille*, 1874, (*Association française pour l'avancement des sciences*) contiennent une belle observation de résection du poignet due à M. Folet.

tions malades des os contigus et faire une abrasion complète des fongosités.

C'est une opération longue, minutieuse, qui demande beaucoup de soins et qui doit être conduite méthodiquement pour enlever ou cautériser tous les tissus suspects et assurer l'écoulement des liquides de cette plaie anfractueuse.

Je ne fais pas de réunion immédiate ; je laisse une porte longtemps ouverte pour surveiller la gaine et cautériser au besoin les fongosités qui peuvent s'y développer. Je passe un gros drain tranversal par les ouvertures latérales de décharge et je mets deux ou trois tubes debout dans la plaie dorsale dont je réunis seulement les extrémités. Par ces ouvertures, les parcelles osseuses qu'on a pu laisser adhérentes au périoste et les parties cautérisées s'éliminent peu à peu. On fait, par les tubes, des injections créosotées, au chlorure de zinc, etc.

Je panse d'abord à l'iodoforme et j'applique par-dessus un pansement de Lister.

Le traitement consécutif est de la plus grande importance, et il faut six mois au moins pour obtenir un poignet solide et mobile, qui ne fera que se perfectionner plus tard. Il faut constamment surveiller la direction de la main, mobiliser les doigts et le poignet; combattre l'atrophie musculaire par l'électricité, etc.

C'est en agissant ainsi que j'ai pu obtenir des résultats que vous pourrez apprécier par l'examen des photographies que je fais passer sous vos yeux.

Dans certaines observations publiées, on voit que le chirurgien se déclare satisfait quand son opéré peut écrire et exécuter quelques petits ouvrages avec ses doigts.

On peut obtenir et on doit demander beaucoup plus.

Un de mes opérés (résection traumatique des extrémités inférieures du radius et du cubitus et de la première rangée du carpe) peut porter 11 kilogrammes à bras tendu. Il joue du cornet à piston, fait le trapèze, etc. (*Thèse* de Métral).

Un autre dont je vous présente la photographie (ablation totale du carpe, résection de l'extrémité inférieure du cubitus ; ablation du troisième métacarpien et ablation du doigt correspondant) porte 9 kilogrammes à bras tendu et gagne sa vie en travaillant dans une fabrique de chocolat.

Un troisième, dont vous pourrez juger de l'état de la main et de la mobilité des doigts par les diverses photographies que je fais passer sous vos yeux, porte 6 kilogrammes à bras tendu. Il a été photographié avec un haltère de 3 kilogrammes. Je lui ai non seulement enlevé tous les os du carpe, mais réséqué les os de l'avant-bras et l'extrémité supérieure des métacarpiens

Je pourrais multiplier ces exemples et citer d'autres opérés portant l'un 6 kilogrammes, l'autre 4, l'autre 3, mais j'attends d'avoir retrouvé tous mes opérés pour faire connaître tous les résultats définitifs; pour plusieurs, du reste, l'opération est encore trop récente pour que je puisse en parler aujourd'hui.

On a reproché à la résection du poignet de donner de mauvais résultats chez les tuberculeux, ou du moins de ne fournir dans cette catégorie de sujets que des succès opératoires. M. Nepveu a lu au dernier congrès de l'*Association française pour l'avancement des sciences*, tenu à la Rochelle, un mémoire en faveur de cette opinion que j'ai discutée, à cette occasion, avec notre éminent collègue, M. Verneuil.

Je ne pourrai répéter ici que ce que j'ai dit alors quand j'ai soutenu qu'une résection du poignet suivie d'une cicatrisation stable, n'expose pas plus à la généralisation tuberculeuse qu'une amputation de l'avant-bras.

La résection du poignet n'expose pas plus que les autres résections à la tuberculose interne; il n'y a rien de spécial dans cette région au point de vue de l'infection secondaire; il faut seulement se mettre dans les conditions que j'ai indiquées plus haut pour enlever ou détruire toutes les fongosités et empêcher leur retour.

Au poignet, comme ailleurs, la résection ne peut guérir que les tuberculoses locales; elle ne peut donc rien contre la tuberculose généralisée, et elle est absolument contre-indiquée dans les cas où l'ostéo-arthrite carpienne n'est que l'expression secondaire d'une infection tuberculeuse. Comme pour toutes les résections, il faut tenir compte de la marche de l'affection et de l'état des organes internes. La tuberculose a une marche très variable et la nature du terrain sur lequel elle se développe modifie considérablement ses allures et son pronostic. L'amputation est préférable lorsqu'il est important de tarir rapidement une suppuration chez des sujets débilités et chez lesquels les poumons sont menacés.

A part mes deux premiers opérés que je n'ai pu revoir après leur sortie de l'Hôtel-Dieu et dont l'un a très probablement succombé à la phthisie pulmonaire, aucun de ceux que j'ai opérés depuis quatre ans n'est devenu phthisique; c'est cependant le sort qui est probablement réservé à plus d'un d'entre eux dans l'avenir; mais jusqu'ici je ne constate que des améliorations de l'état général à la suite de la résection. Plusieurs sujets que j'avais longtemps hésité à opérer à cause de l'état de leurs poumons se sont complètement rétablis; plus de toux, plus d'oppression, plus d'hémoptysie. La thèse de M. Métral citait déjà plusieurs exemples semblables.

La résection du poignet a eu l'influence la plus heureuse sur

l'affection générale, et quelque soit le temps que doive persister cette amélioration, il est déjà assez long pour que les malades aient pu apprécier le service que leur a rendu cette opération.

Avec le pansement antiseptique on doit y recourir beaucoup plus souvent et beaucoup plus hardiment que par le passé. En me basant sur l'analyse des 24 résections qui me sont personnelles, j'ai la conviction d'avoir considérablement augmenté la quantité de vie de mes opérés, tout en leur conservant un membre éminemment utile.

Les faits que je vous ai cités et que vous pouvez apprécier au point de vue fonctionnel, par les photographies que vous avez sous les yeux, montrent à quel degré d'utilité on peut amener une main après la résection du poignet.

Ce n'est pas seulement la possibilité d'écrire lisiblement et de faire de petits travaux d'aiguille qu'on rend à ses opérés, c'est le moyen de gagner leur vie par un travail manuel. Mais pour arriver à ce résultat, il faut, indépendamment d'une méthode opératoire bien conçue, un traitement post-opératoire long, méthodique et toujours attentif. Il faut modeler la main dans le travail de reconstitution qui s'opère, la diriger, la ramener dans un sens ou dans l'autre selon la cause du déploiement ; il faut mobiliser les articulations enraidies, ramener la nutrition des muscles atrophiés, il faut, en un mot, faire appel à tous les moyens thérapeutiques que la physiologie nous indique, comme propres à faire reconstituer, dans leur structure et leur fonctions, les tissus atrophiés ou détruits.

Discussion.

M. POLAILLON. J'ai présenté, il y a quelques mois, une malade à laquelle j'avais reséqué une partie de quatre métacarpiens, les os du carpe et un centimètre de l'os de l'avant-bras. Je n'avais pas pris, pour la conservation de la gaine périostique, des soins aussi méticuleux que M. Ollier. Cependant, six mois après l'opération, la main avait recouvré la presque intégrité des mouvements ; il n'y avait que diminution de force. J'avais fait deux incisions latérales, pratiqué le grattage et tenté la réunion immédiate, en plaçant comme d'habitude un drain de chaque côté. Cependant la cicatrisation ne fut complète qu'après plusieurs mois. J'ai fait une autre résection, en ayant recours à l'incision médiane ; tout allait bien, lorsqu'il survint une arthrite du coude, cette arthrite suppura, puis la tuberculose pulmonaire entraîna la mort. Je crois avoir, par mon opération, prolongé de quelques mois la vie de la malade ; et j'ajouterai, en ce qui concerne le projet de résection, que l'incision

médiane m'a paru donner une place très suffisante pour la manœuvre opératoire.

M. CHAUVEL. Je demanderai à M. Ollier s'il a réséqué le poignet pour lésion traumatique.

M. OLLIER. Je répondrai à M. Chauvel que la première des observations que j'ai citées est celle d'un jeune homme qui avait reçu un coup de feu. C'était plutôt une esquillotomie qu'une véritable résection, la première rangée du carpe et les portions renflées du radius et du cubitus étaient réduites en une quantité d'esquilles. J'ai revu ce malade il y a quelques mois, il pouvait porter à bras tendu 11 kilogrammes; mais il avait un raccourcissement considérable, ce qui n'a pas lieu de surprendre puisque le coup de feu avait enlevé le cartilage de conjugaison. Depuis que j'ai recours à la méthode antiseptique, je n'ai plus eu d'occasion de pratiquer de résections en cas de traumatisme; j'ai toujours tenté la conservation sans opération, par la simple application d'une antisepsie rigoureuse.

Pour les suppurations chroniques, la question est bien différente, et, à ce propos, je répondrai à M. Polaillon que, comme lui, je ne pense pas que la résection qu'il a pratiquée ait pu aggraver l'état général de sa malade. Cependant je pense que si, chez un tuberculeux, on fait une résection incomplète et qu'on laisse dans la plaie des portions d'os tuberculeux plus ou moins broyés ou malaxés, on augmente les chances d'infection, la matière tuberculeuse se trouvant mise ainsi dans des conditions favorables à sa dissémination, à travers l'économie, par l'intermédiaire de la circulation.

La séance est levée à 5 heures 5 minutes.

Le Secrétaire,
CH. PERIER.

Séance du 11 avril 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*;

3° *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*

Le secrétaire général donne, au nom de M. Pamard, d'Avignon, lecture de l'observation suivante : *Amputation ostéoplastique du pied, suture osseuse.*

Dans la séance du 20 décembre dernier, M. le professeur Le Fort, dans son rapport à propos d'une note de M. le professeur Folet, de Lille, concernant un mode de suture osseuse dans l'amputation ostéoplastique du pied, se demande d'abord si cette suture est nécessaire, en second lieu, si elle est utile, et enfin si son application n'entraîne pas à sa suite des inconvénients qui annihilent ou dépassent ses avantages. J'ai eu l'occasion de pratiquer, le 22 février dernier, une de ces amputations ostéoplastiques du pied, j'ai employé la suture osseuse, et je vous demande la permission de vous communiquer l'observation :

Le nommé Combe, Jean-Jacques, âgé de 62 ans, entre dans mon service au commencement de janvier. Il a eu, il y a 33 ans, la moitié antérieure du pied droit écrasé par l'éboulement d'un rocher : il a perdu ses orteils, une partie de ses métatarsiens, et le traumatisme a laissé une cicatrice à la plante du pied sur la ligne médiane et dans la partie antérieure de ce qui reste. D'après le dire du malade, il n'y aurait jamais eu guérison complète, ce qui ne l'a pourtant pas empêché de se livrer aux travaux pénibles de la campagne. Il y a un an, il a dû s'arrêter; l'ulcération s'est agrandie, a envahi à peu près tout le tissu cicatriciel, et elle a pris un aspect tel que l'on a pu croire à l'existence d'une tumeur de mauvaise nature (épithélioma). Le malade est entré dans mon service avec l'intention de la faire enlever.

Mon diagnostic ne pouvait être tel, et je ne pus voir là qu'une ulcération du tissu cicatriciel, ou mieux quelque chose d'analogue au mal perforant. L'intégrité du talon m'engagea à proposer une intervention chirurgicale, qui n'était pas celle prévue par le malade; aussi recula-t-il et demanda-t-il à sortir de l'hôpital. Il ne devait pas tarder à y rentrer, disposé à se soumettre à l'opération que je jugerais convenable.

Elle fut faite le 22 février, avec l'assistance de mon collègue, M. le Dr Paul Cassin, de nos confrères de l'armée, MM. Charrier et Boisset et des internes de l'Hôtel-Dieu. Toutes les précautions antiseptiques furent prises, lavages phéniqués, spray; la bande d'Esmarch fut employée ; le malade était chloroformé.

J'ai peu de chose à dire sur le procédé opératoire employé, qui ne présenta rien de bien intéressant.

Il me parut plus commode d'enlever l'astragale et ce qui restait de l'avant-pied avant de scier le plateau supérieur du calcanéum. Avant de scier la surface articulaire du tibia, je détachai avec soin le périoste qui recouvrait la face antérieure de l'os, et plus tard,

en faisant la suture, je m'en servis pour recouvrir la face antérieure de la surface de jonction des deux os. Pour faire la suture osseuse, ainsi que l'a indiqué M. Folet, j'ai perforé obliquement le calcanéum d'arrière en avant et de bas en haut à l'aide d'un foret rotatoire, puis le tibia de haut en bas et d'avant en arrière, de façon que les deux trajets se continuassent. Ce temps de l'opération ne présente aucune difficulté : par le trajet ainsi obtenu, j'ai fait passer un fil d'argent de gros calibre, que j'ai fixé sous le talon en l'enroulant sur une grosse sonde en gomme élastique, après lui avoir fait traverser une large plaque de plomb ; je l'ai fixé de même sur la face antérieure de la jambe.

Quelques ligatures ont dû être faites; quoique aucun vaisseau de quelque importance n'eût été intéressé, il y avait une assez forte hémorrhagie en nappe, comme dans tous tous les cas où on emploie l'Esmarch.

Trois sutures profondes comprenant la portion de périoste décollée sont placées : il y a un certain nombre de sutures superficielles. Deux tubes à drainage sont placés, l'un en avant, l'autre en arrière du tibia.

Les deux os sont bien maintenus en contact par la suture osseuse; mais comme je crains une tendance au glissement, j'applique deux larges bandes de diachylon, une dans le sens transversal et une dans le sens antéro-postérieur, remontant jusqu'au-dessus du genou, et maintenues par des bandes circulaires en diachylon.

Le membre est ensuite recouvert de gaze phéniquée, enveloppé dans une épaisse couche d'ouate remontant jusqu'au-dessus du genou; par-dessus est appliquée une bande silicatée.

La peau de la plante du pied examinée au microscope par M. le Dr Paul Cassin dans ses parties ulcérées ne présente aucune trace de dégénérescence; il n'y a que de l'hyperplasie conjonctive.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; la température, qui était prise régulièrement deux fois par jour, ne s'éleva jamais au delà de 38°,5.

Le malade était seulement incommodé par l'odeur qu'exhalait son appareil; il en résulta même de la perte d'appétit et un léger embarras gastrique, qui nécessita l'administration d'un purgatif salin.

Le 15 mars, c'est-à-dire vingt et un jours après l'opération, je fais le premier pansement. Après avoir dépouillé le membre des couches nombreuses qui le recouvrent, nous sommes heureux de constater que la consolidation osseuse est complète, et que la plaie chirurgicale est à peu près entièrement cicatrisée. Il y a malheureusement sous le talon au point où a été appliquée la suture métallique, une eschare ayant les dimensions d'une pièce de deux

francs, et qui est certainement le résultat mécanique de la pression de la plaque de plomb. La même lésion existe à la région antérieure de la jambe, mais beaucoup moins étendue; elle se complique d'une inflammation limitée de la gaine du jambier antérieur.

J'enlève les tubes à drainage, et je panse à la gaze phéniquée et au coton.

Le 17, second pansement : l'eschare du talon se détache, elle va jusqu'au calcanéum qui est dénudé.

Le 19, nouveau pansement; je remplis la plaie du talon d'iodoforme, j'en recouvre de même toutes les portions de plaie non encore cicatrisées et la plaie de la jambe. Par-dessus cérat boraté et coton.

Désinfection parfaite, l'état général du malade est excellent.

Le 24, jour du dernier pansement, l'état s'est considérablement amélioré; la plaie du talon bourgeonne bien et se comble. La plaie de la partie antérieure de la jambe donne des fongosités venant de la gaine tendineuse. Les plaies chirurgicales sont à peu près complètement cicatrisées.

J'applique un pansement à l'iodoforme et au coton, qui ne sera pas renouvelé sauf indications avant dix ou douze jours.

Si, me basant sur cette observation, je réponds aux trois questions posées par M. Le Fort; je dirai que la suture osseuse n'est pas nécessaire, qu'elle a une certaine utilité; mais qu'en somme, ses avantages ne peuvent pas être mis en balance avec l'inconvénient qu'il y a à avoir une plaie sous le talon, alors qu'on a fait l'opération précisément pour permettre au malade de marcher sur celui-ci. Dans le cas présent, la plaie est en voie de cicatrisation, et je suis convaincu que le malade pourra faire usage de son membre et appuyer sur son talon; mais il est hors de doute, qu'il aurait mieux valu qu'il n'en eût pas, quelque peu gênante que puisse être la cicatrice.

La suture osseuse a pour résultat de rapprocher les os et de les maintenir en contact immédiat; mais dans le cas présent, agissant sur des os aussi friables que le calcanéum et l'extrémité inférieure du tibia avec des parties molles qui ne soutiennent pas du tout les os sous-jacents, elle permet à ces os des mouvements de glissement, et même jusqu'à un certain point un mouvement de rotation autour du fil comme axe. Pour immobiliser les os d'une façon absolue, il faudrait double suture ; chez mon malade, j'ai dû recourir aux bandes de diachylon.

Le résultat que j'ai obtenu est très satisfaisant, puisqu'au bout de trois semaines j'avais une consolidation osseuse complète; je ne crois pas que le petit perfectionnement que j'ai introduit et qui consiste à recouvrir toute la partie antérieure de la plaie osseuse

d'un manchon périostique adhèrant aux parties sous-jacentes puisse être considéré comme y étant étranger. Le pansement Guérin, dont je suis un partisan fidèle et convaincu, y a certainement contribué.

En résumé, si j'avais encore à faire l'amputation ostéoplastique du pied, par la méthode de M. le professeur Le Fort, j'essaierais peut-être le clou d'acier, mais je n'aurais certainement pas recours à la suture osseuse, et je me contenterais sans doute des larges bandelettes de diachylon, qui me paraissent un moyen contentif suffisant.

Discussion.

M. Pozzi. Le fait rapporté par M. Pamard, ne prouve pas contre la suture osseuse, mais contre la manière dont elle a été appliquée. La pression sur l'os a été exercée à travers les parties molles, et cela pendant 21 jours. Mais nous savons qu'après 4 ou 5 jours, la peau est déjà le siège d'une sorte de vésication au-dessous des plaques de plomb qui servent à maintenir les sutures profondes ; plus tard c'est une véritable ulcération. Les accidents signalés dans l'observation qu'on vient de nous lire, on aurait dû les prévoir. Pour les éviter, j'ai recours à un moyen bien simple. J'interpose une rondelle d'amadou entre la plaque de plomb et la peau. Je remplace le fil d'argent par un fil de catgut; et je fixe le fil de catgut au moyen d'un tube de Galli serré en dehors de la plaque de plomb. La chute du fil se fait automatiquement dans un délai de 5 à 6 jours; et l'on n'a pas à regretter les accidents signalés par M. Pamard.

M. Trélat. Pour combattre les inconvénients de la suture osseuse, il n'est pas nécessaire de rejeter l'emploi du fil d'argent. J'enroule le fil autour de la plaque de plomb, 2 ou trois jours après je le déroule. Je diminue la pression autant que je le juge convenable et de nouveau j'enroule le fil pour maintenir la plaque. On recommence cette manœuvre autant de fois qu'il est nécessaire; mais il n'y a pas d'opération qui réclame le maintien d'une suture profonde au delà de 5 à 6 jours. Le résultat désiré est alors obtenu sinon il ne pourra plus l'être, le moment est passé.

M. Pozzi. J'emploie habituellement le moyen que préconise M. Trélat. J'ai recours au catgut, lorsque j'applique un pansement ouaté, je puis ainsi laisser pendant 20 jours et plus le pansement en place sans m'inquiéter de la suture, qui tombe automatiquement.

Rapport

Lésions tardives après un cas de traumatisme du rachis : luxation spontanée de la rotule en dehors: plaie ulcéreuse spéciale sous l'ischion,

Par le Dr GUERMONPREZ, de Lille

Rapport par M. CHAUVEL.

Messieurs, au nom d'une commission composée de M. Marchand, Nepveu et Chauvel, rapporteur, je viens vous rendre compte de l'observation dont je vous ai lu le titre à l'instant; au manuscrit de ce fait est annexé un travail sur le diagnostic par les courants induits et interrompus, de la simulation des douleurs d'origine traumatique, mais ce travail, publié dans la *Gazette des hôpitaux* en 1881, ne saurait faire l'objet d'un rapport à la Société.

Un homme de 38 ans, maçon, tombe, en mai 1865, d'une hauteur de 50 à 60 pieds; on constate une lésion du rachis vers la région lombaire. Pendant les trois premiers mois, la paralysie s'accompagne de rétention de l'urine et des fèces, plus tard d'incontinence. De nombreux abcès se forment au sacrum et au périnée, mais la paralysie diminue, le blessé peut se traîner. Malgré la formation en 1867 d'une plaie ulcéreuse à la fesse, malgré la luxation de la rotule gauche survenue en 1873, cette homme fait du jardinage jusqu'en 1879. Le Dr Guermonprez le voit en 1882, et signale comme digne d'intérêt dans son état actuel : les troubles de la paraplégie, la plaie ulcéreuse de la fesse gauche enfin la luxation aujourd'hui complète de la rotule gauche en dehors.

Le premier point ne nous arrêtera pas, notre confrère s'est attaché à décrire minutieusement l'état des membres inférieurs, les troubles trophiques dont ils sont atteints, la limitation de la zone anesthésiée et de la paralysie musculaire. Il en conclut que la lésion primitive a probablement atteint l'axe médullaire et qu'elle devait siéger, soit au niveau de la troisième vertèbre dorsale, soit plus bas encore, dans la voisinage de la première lombaire. Il se garde, du reste, et avec raison, de vouloir préciser plus exactement l'emplacement et la nature des altérations nerveuses, l'ancienneté des accidents et la variabilité des troubles fonctionnels ne permettant pas un diagnostic absolument exact, nous croyons sage d'imiter sa réserve.

La luxation en dehors de la rotule gauche, facile à constater dans la flexion du membre, disparaît lorsque la jambe est dans

l'extension sur la cuisse. Résultat possible de la situation angulaire que prend le membre inferieur de ce côté, dans les efforts de progression auxquels se livre le paralytique, ce déplacement s'est produit lentement, progressivement, et n'a frappé l'attention que huit années environ après l'accident. C'est là, évidemment, une lésion peu commune, mais nous n'oserions pas affirmer, ainsi que notre confrère de Lille, qu'elle n'a jamais été rencontrée. Obligé dans la marche, aussi bien que dans son travail de jardinage, de ramener le genou gauche en arrière et en dedans du membre inférieur droit, forcé de prendre point d'appui sur la terre par le côté interne du genou gauche, on comprend que cette position gardée pendant des heures doit progressivement amener une luxation incomplète du tibia sur les condyles du fémur et la formation d'un angle saillant en dedans, d'un angle obtus ouvert en dehors. Dans ces conditions, les contractions du triceps crural tendent naturellement à entraîner la rotule vers le côté externe, et ainsi, lentement, s'est produite la luxation de cet os.

Le dernier point qui a frappé l'attention du Dr Guermonprez, c'est l'existence dans le pli fessier gauche d'une plaie étroite, à bords calleux, à lèvres recroquevillées en dedans, présentant à son extrémité externe et supérieure, un véritable durillon. Le fond de cet ulcère présente le même aspect corné, blanchâtre; mais la tubérosité sciatique que le doigt peut en quelque sorte contourner dans tous les sens, n'est en aucun point dénudée. De cette plaie suinte un liquide séro-purulent, rare, fétide, et à son pourtour, dans un rayon de 3 à 4 centimètres, existe une anesthésie complète des tissus. Notre confrère rapproche cette plaie des ulcérations du mal perforant plantaire. Les symptômes sont en effet assez voisins. Dans l'un comme dans l'autre cas on peut croire à des troubles trophiques mais il eût été bon, peut-être, de voir si le siège de cette plaie calleuse n'était pas en rapport direct avec le point de pression, dans la situation ordinaire prise par le paralytique.

En résumé, l'observation qui nous est communiquée par le Dr *Guermonprez* ne me paraît pas s'éloigner beaucoup des conditions que l'on rencontre d'habitude chez les vieux paraplégiques, chez les culs-de-jatte anciens. Je vous en ai signalé les points les plus intéressants, et je vous propose : 1° d'envoyer des remerciements à l'auteur qui est, vous le savez, un de nos correspondants les plus zélés, et 2° de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Després. Peut-on admettre une relation de cause à effet

entre un traumatisme de la colonne vertébrale et une luxation spontanée de la rotule en dehors?

Tout d'abord il faut reconnaître que les luxations de la rotule, en dehors sont rares. Je n'en ai pour ma part observé que deux cas. Chez un de mes malades il y avait eu traumatisme direct et on pouvait admettre une rupture des ligaments internes, la luxation ne se produisait que pendant l'extention et se réduisait dans la flexion.

L'autre malade était une dame de la ville qui fut vue par M. Verneuil, puis par M. Richet, si j'ai bonne mémoire; mais ce dont je me souviens bien, c'est que sans qu'on ait jamais pu trouver une cause quelconque, cette dame avait une luxation qui se produisait de temps à autre, brusquement dans un mouvement de la jambe, elle réduisait elle-même cette luxation, et pouvait rester un temps variable une ou plusieurs semaines sans que la luxation se reproduisît.

Ces accidents n'ont cessé définitivement que grâce à l'application d'une genouillère.

M. Sée. Je ne serai pas aussi affirmatif que M. Chauvel ni que M. Després en ce qui concerne l'absence de relation entre la luxation rotulienne et la lésion vertébrale.

Il est actuellement reconnu qu'à la suite de lésions de la mœlle même sans gravité apparente au moment du traumatisme, on voit survenir des altérations de nutrition plus ou moins graves donnant lieu à des troubles parfois très insolites. Dans un volume de publication récente sur les accidents de chemins de fer, on trouve rassemblés des faits nombreux qui montrent nettement quels troubles inattendus peuvent résulter de traumatismes de ce genre. Pourquoi donc ne pas admettre une relation de ce genre dans le fait observé par M. Guermonprez.

M. Després. Je ne saurais partager l'opinion de M. Sée. Dans les asiles de vieillards, d'incurables, où des salles entières sont occupées par des paralytiques; on n'a pas signalé, que je sache, des lésions secondaires limitées au vaste externe de la cuisse.

Dans les fractures de la colonne vertébrale, la paraplégie est toujours complète, c'est-à-dire symétrique. Lorsque les malades arivent à guérison il n'y a pas de muscles isolés qui restent insuffisants : j'ai observé un fait de fracture vertébrale avec paraplégie, qui s'est produite deux fois dans des conditions telles que je n'hésite pas à saisir cette occasion pour publier le résumé de fait :

Observation. — *Fracture itérative de la colonne vertébrale.*

Une dame de la ville, âgée de 46 ans, fit une chute sur le siège il y a 4 ans, à la suite de laquelle, progressivement, elle eut un tassement d'une vertèbre dorsale, la 4me. Une paraplégie incomplète survint. Le repos au lit et un corset furent maintenus pendant 100 jours : la consolidation se fit. Un an après la malade fit une nouvelle chute sur les mains et la fracture se reproduisit avec une paraplégie qui parut rapidement; le corset fut réappliqué et la paraplégie se reproduisit et dura 18 mois. Les révulsions avec les pointes de feu sur le rachis furent employées pendant plus d'une année; mais avec le temps la paraplégie guérit et aujourd'hui la malade marche sans cannes ni béquilles, et elle conserve la gibbosité qui siège au point où ont eu lieu les deux fractures successives.

Eh bien! pendant tout le cours de ces paraplégies et du retour progressif des mouvements, j'ai bien examiné les fonctions musculaires. J'ai constaté que les fonctions des muscles étaient symétriquement atteintes, jamais un seul muscle d'un groupe ne présenta une paralysie isolée. Quand la motilité reparut, ce fut toujours dans les deux membres, de la même manière. S'il y avait une inégalité de force de contraction c'était dans des groupes de muscles opposés. Ainsi le mouvement a disparu d'abord dans les extenseurs; les fléchisseurs sont ceux qui ont repris les premiers l'intégrité de leur fonctions.

Cet exemple, joint à d'autres, sert à prouver que les fractures de la colonne vertébrale ne peuvent avoir aucune action sur un muscle isolé, tel que le vaste interne et, par conséquent, produire une luxation de la rotule en dehors.

M. Marchand. Je puis citer un malade que j'ai vu dans le service de M. Anger, où il était en traitement pour une paralysie consécutive à un traumatisme de la colonne vertébrale. Chez ce malade il se produisit spontanément une luxation complète du genou en arrière; plus tard l'articulation luxée devint le siège d'une suppuration et le malade succomba au décubitus.

M. Chauvel. Je ferai remarquer que chez le malade de M. Guermonprez la luxation peut s'expliquer facilement. Par suite de son travail, ce malade se tient debout et dans une attitude des jambes qui détermine physiquement un allongement du ligament interne.

M. Sée. M. Desprès, m'a mal compris, il paraît croire que j'ai voulu parler d'individus qui ont été paralysés; j'ai fait allusion à des blessés dont la lésion avait été dès l'abord à peine appréciable,

ils n'avaient subi qu'un ébranlement qui dans les premiers jours n'avait pas éveillé l'attention, puis peu à peu se sont manifestés des troubles de plus en plus accentués. Les accidents de chemins de fer, donnent surtout lieu aux désordres de ce genre, et la responsabilité des compagnies se trouve ainsi engagée au delà des prévisions du premier moment.

M. Terrier. Il me semble que la discussion a dévié, car on a abordé à propos d'un seul fait trois sujets distincts :

1° Le rapport qui peut exister entre une lésion de la colonne vertébrale et une certaine luxation. La négative a été soutenue par MM. Chauvel et Després, l'affirmative par M. Sée.

J'opinerais dans le sens de M. Sée, en me basant sur des faits que j'ai observés;

2° On a parlé de luxations survenues chez des malades immobilisés au lit par la paralysie, c'est là une question toute différente, et les accidents observés dans ces conditions ne sont pas pour nous étonner.

En troisième lieu, on a soulevé la question des accidents de chemins de fer, cette question mériterait une discussion spéciale bien qu'elle ne soit pas neuve, car les lésions nerveuses tardives ont été signalées déjà de longue date par Erichsen, dont le Traité spécial a paru en 1866.

M. Chauvel. On peut admettre que la paraplégie a été une cause prédisposante, mais je répète que la position habituelle du malade pendant son travail, explique suffisamment la production de la luxation.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communications.

Le rachitisme et la syphilis,

Par le Dr Cazin (de Berck-sur-Mer), membre correspondant.

J'éprouve une grande hésitation à prendre la parole après l'éminent professeur qui, dans la séance du 21 février, nous a exposé avec un rare talent ses opinions sur les rapports de la syphilis et du rachitisme. Ce n'est que d'après les comptes rendus du *Bulletin* que j'ai connu cette remarquable et séduisante communication. C'est donc avec une certaine réserve que je viens vous présenter les observations qu'elle m'a suggérées et celles que je m'étais déjà

faites à propos des publications antérieures du professeur Parrot sur le même sujet.

Malgré tout mon respect pour ce maître, malgré l'autorité de son éloquente parole, je ne puis me résoudre à accepter la parenté qu'il a établie entre la syphilis, maladie diathésique, rarement curable *sponte suâ*, et le rachitisme, maladie générale qui se modifie presque d'elle-même, pourvu que l'on change les conditions hygiéniques de ceux qui en sont porteurs.

Je n'aborderai pas la question d'anatomie pathologique qui ne serait pas de ma compétence, les raisons sur lesquelles j'appuierai ma manière de voir sont tirées :

1° De l'étude des antécédents;

2° De l'examen de 49 rachitiques actuellement dans mon service de l'hôpital de Berck-sur-Mer;

3° De certaines notions de pathologie;

4° Les derniers arguments sont basés sur les résultats du traitement du rachitisme.

1° Les renseignements recueillis auprès des parents sont très difficiles à obtenir, je le reconnais, surtout dans la classe élevée; mais chez les ouvriers, qui constituent, en somme, la majeure partie des parents de nos enfants d'hôpital, j'ai souvent reçu des aveux quand je les entretenais seul à seul. Plusieurs d'entre eux ont même été au-devant de mes questions. Or, ces aveux m'étaient la plupart du temps faits par ceux dont les enfants étaient admis à l'hôpital de Berck pour scrofule, et, sur un nombre relativement considérable d'interrogations, je n'ai recueilli qu'un seul renseignement de ce genre à propos des petits rachitiques.

De plus, j'ai bien souvent demandé à des mères, sans avoir l'air d'attacher une importance particulière à ma question, si leurs enfants avaient présenté à la naissance ou dans le cours des six semaines suivantes, des éruptions, des accidents, ayant ou non nécessité la présence d'un médecin. J'ai eu deux fois une réponse affirmative, et j'ai pu, d'après la description, reconnaître la syphilis héréditaire. Or, ces deux cas appartenaient à un rachitisme très peu avancé, et les enfants ne portaient aucun stigmate de la maladie constitutionnelle qu'ils avaient présentée à leur naissance.

Déjà, au congrès de l'Association pour l'avancement des sciences séant au Havre, le Dr Gibert a présenté à M. le professeur Parrot des enfants rachitiques exempts de toute souillure syphilitique originelle ; il connaissait de la façon la plus précise et la plus certaine les antécédents de ces enfants, et il se trouvait en situation d'affirmer que la syphilis ne pouvait être mise en cause.

Comme Gibert, comme le Dr Després, j'ai connu, dans ma clien-

tèle, des parents nullement syphilitiques, ayant eu des enfants rachitiques; et, réciproquement, des jeunes gens très manifestement syphilitiques qui se sont mariés, malgré mes conseils, et ont eu des enfants syphilitiques, sans aucune trace de rachitisme. En province, où l'on peut suivre l'histoire pathologique de générations successives, il est aisé de réunir de pareilles observations.

Un autre fait très intéressant : Si la syphilis des parents devait mener au rachitisme, tous les enfants nés légitimement d'une même union devraient être rachitiques. Or, rien n'est plus fréquent que de voir un premier enfant devenir rachitique et un second ou un troisième être absolument indemne, et cela sans que l'un des époux, ou les deux époux, aient suivi de traitement antisyphilitique entre la naissance du premier enfant et celle des autres.

Je me rappelle une famille où tous les enfants du sexe féminin devenaient rachitiques : il y avait trois filles à jambes torses et deux garçons à jambes droites. La syphilis aurait-elle fait semblable sélection ?

Il est bien entendu que, dans les cas que je viens de rapporter, les enfants avaient été allaités par leurs mères ou nourris artificiellement. Je fais cette réserve afin que l'on ne puisse invoquer l'infection par la nourrice.

Pour terminer ce qui a trait à l'étiologie, je ferai observer que dans nos campagnes la syphilis est très rare, tandis que le rachitisme est assez fréquent. Je ne tire pas de conclusion.

2° Examen de 49 rachitiques actuellement à l'hôpital de Berck.

Ces 49 enfants, parmi lesquels il y a 8 cas de scrofule concomitante, se décomposent ainsi, quant au sexe : 21 garçons, 28 filles ; quant à l'âge, il y en a 29 de 2 à 5 ans, 20 de 5 à 10.

Je les ai examinés tous, devant mes internes, MM. Dhourdin et Baéna, avec le plus grand soin.

Aucun d'entre eux ne m'a présenté de dents avec érosion ; 6 ont les dents déchaussées, 5 les ont crénelées sur leurs bords tranchants, ce qui est physiologique.

La commissure des lèvres ne m'a offert que deux fois des cicatrices, et cela sans caractère déterminé et pouvant plutôt se rattacher à des vestiges d'impétigo chez les enfants.

La langue a toujours été trouvée exempte de traces de syphilide desquamative. Une fois il m'a semblé constater sur l'amygdale gauche un petit nodule superficiel; pas un seul cas de kératite interstitielle, pas un seul cas d'iritis.

La peau du corps ne m'a montré qu'une fois une trace d'ulcération un peu gaufrée sur la région du dos; 5 fois sur les fesses; mais, en revanche, très fréquemment des cicatrices de varicelle (nous avons eu récemment une épidémie de cette éruption).

A la vulve, chez les filles, dans le pli génito-crural chez les garçons, rien. A l'anus, une seule fois une cicatrice un peu déprimée, et cela chez la petite fille qui nous avait déjà présenté une cicatrice à la commissure labiale, et elle a eu la varicelle.

Du côté du système osseux toutes les variétés des déformations rachitiques, pas une seule tuméfaction suspecte.

Ainsi sur nos 49 enfants, 9 seulement portent des vestiges d'ulcérations, mais ces cicatrices, non étendues, peu déprimées, n'ont aucun caractère spécial, et je n'oserais jamais les considérer comme se rattachant à une origine syphilitique.

Il en est tout autrement de 3 enfants que, comme types et par comparaison, j'ai fait voir à mes internes :

A. Une fille de quatre ans, scrofuleuse, presque guérie d'un engorgement ganglionnaire cervical portant des traces de kératite interstitielle, souffrant encore de photophobie légère du côté gauche, et qui montre sur les fesses, les jambes, les cuisses, des stigmates indubitables de syphilis infantile. Elle n'offre pas le moindre symptôme de rachitisme.

B. Un garçon de 12 ans, affecté de syphilis héréditaire scrofoloïde (nécrose du frontal et du pariétal, ostéites des os de l'avant-bras et des deux tibias), a également aux fesses des cicatrices bien reconnaissables d'ecthyma syphilitique; ses dents sont le siège d'érosions dites de Hutchinson.

C Chez une grande fille de 13 ans, atteinte d'ostéites multiples, à laquelle j'ai pratiqué avec succès la résection du coude gauche, après l'avoir soumise au traitement spécifique, on découvre aussi des cicatrices caractéristiques sur le bas du dos, sur les fesses, sur les jambes.

Ces deux derniers enfants, bien manifestement syphilitiques, ne sont pas et n'ont pas été rachitiques.

Donc chez nos rachitiques, pas de syphilis; chez nos syphilitiques, pas de rachitisme.

3° Le troisième argument en faveur de mon opinion est, je me hâte de le dire, un peu plus discutable.

Beaucoup de chirurgiens ont avancé que la diathèse syphilitique retardait la consolidation des fractures. Nicod[1], Sanson[2] ont cité des cas où la guérison n'a été obtenue qu'après l'usage d'un traitement antisyphiltique; moi-même j'ai par devers moi deux ou trois faits où le cal n'a acquis de la solidité qu'après que j'eus découvert la cause spéciale du retard de la consolidation, et que j'y eut porté remède par un traitement appproprié. Mais cette in-

[1] *Recueil périodique de la Société de médecine*, t. XXXI, p. 205.
[2] *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*, t. III, p. 492.

fluence est révoquée en doute. Cependant je ne puis m'empêcher de penser qu'une diathèse, qui est capable de modifier l'apparence et la texture des dents, soit de la façon dont l'entend le professeur Parrot, soit de la manière dont le comprend M. le Dr Magitot, doit aussi s'opposer à la consolidation des fractures.

Quoi qu'il en soit, pour les chirurgiens qui croient à l'action nocive de la vérole dans ce cas, il y aurait lieu de s'étonner que dans le nombre considérable des fractures, si fréquentes chez les rachitiques que Guersant les admet comme constituant le tiers de toutes les fractures rencontrées chez les enfants [1], il y aurait lieu de s'étonner, dis-je, que les auteurs soient tous d'accord pour reconnaître que chez les rachitiques la consolidation s'opère, en général, dans le temps ordinaire. Et, à cette époque d'ostéotomie, d'ostéoclasie et autres fractures chirurgicales, comment se fait-il que l'on n'ait jamais noté cet accident, ce retard? On me répondra peut-être : C'est parce que la syphilis n'influe pas sur l'ossification du cal. C'est à cause de cette réponse, que j'avais prévue, que mon argument, je l'ai tout à l'heure avoué, est discutable. Aussi ne m'en tiendrai-je pas là. Aux preuves fournies par les données étiologiques, par l'examen de mes malades, je vais joindre, pour terminer, des raisons empruntées à la thérapeutique

4° Le traitement, cette pierre de touche, vient encore me prêter renfort.

Je ne me trouve pas bien de la thalassothérapie dans les cas de fausse scrofule, appelée vulgairement scrofulate de vérole, et que je qualifie de syphilis héréditaire scrofuloïde. Cet ordre de manifestations osseuses ou ulcéreuses s'aggrave au bord de la mer.

C'est quelque chose d'analogue à ce qui arrive aux personnes que l'on croit guéries de la vérole et qui prennent des bains sulfureux. On voit apparaître chez eux une poussée de roséole, de scrofulides plus profondes ou même des phénomènes plus graves encore.

Mais pour le rachitisme, c'est tout le contraire. Le traitement marin fait merveille.

Le Dr Marjolin, dans une discussion soulevée en 1876, ici même, justement sur cette question de l'ostéotomie dont je parlais il n'y a qu'un instant, voulut bien demander des statistiques au Dr Perrochaud, mon distingué prédécesseur. Ce dernier a soigné, de 1870 à 1875, 102 cas de rachitisme, parmi lesquels il a eu 30 cas de guérison absolue, c'est-à-dire avec redressement complet, et 32 cas de guérisons laissant à désirer au point de vue plastique; 6 morts par maladie intercurrente et 4 renvoyés comme teigneux [1].

[1] *Clinique des hôpitaux d'enfants*, 6e année, p. 28

[1] Voyez *le Rachitisme à Berck-sur-Mer*, par le Dr Paul Perrochaud.—Boulogne-sur-Mer, 1877.

Un de mes internes, M. Baena, a relevé à votre intention le nombre de cas de rachitisme admis depuis 1875 jusqu'à ce jour, tant par le Dr Perrochaud que par moi. Il y a eu 276 enfants (133 filles, 143 garçons), dont 183 ont guéri, 65 ont été notablement améliorés, 4 ont été réclamés, et 2 stationnaires ont été renvoyés pour d'autres maladies; il y a eu 22 morts par maladie intercurrente (diphthérie, etc.). (Consultez les tableaux joints ci-après.)

Quelle est donc la forme de syphylis osseuse de laquelle on pourra dire, en l'affirmant comme l'a fait le professeur Trélat : « Le rachitisme, traité par les bains de mer, peut guérir sans laisser de traces[1]. »

Je ne plaide pas *pro domo meâ*, je tiens à emprunter et à reproduire ici l'opinion d'un des médecins d'enfants les plus justement estimés. Après la scrofule, dit le Dr Jules Simon, dans une leçon professée en 1882 sur les bains de mer, il est une autre maladie contre laquelle la mer est merveilleusement salutaire, c'est le rachitisme. — « Vous savez qu'en cet hôpital nous différons un peu d'opinions avec notre savant collègue et ami, M. le professeur Parrot. Nous croyons que dans l'immense majorité des cas, le rachitisme résulte d'un régime alimentaire défectueux. Il est incontestable que, sans traitement antisyphilitique, l'eau de mer rend les plus grands services aux rachitiques; sous l'influence de cette hydrothérapie, les os se consolident et ils se redressent. »

Enfin, — je vous demande pardon de vous répéter encore cet adage médical tant de fois cité — : « *Naturam morborum, curationes ostendunt.* » — Si le rachitisme est de la syphilis, cette lésion du système osseux doit être modifiée par le traitement antisyphilitique classique.

Je ne sais pas si M. le professeur Parrot a essayé les préparations mercurielles et iodurées dans le rachitisme (sans manifestations syphilitiques actuelles, car un rachitique peut avoir la syphilis héréditaire tout comme un autre enfant), mais ce que je puis affirmer, c'est que dès les premiers travaux de ce maître, j'ai tenté soit les frictions, soit le sirop de Gibert, soit l'iodure de potassium, et que, loin de relever des améliorations, j'ai dû arrêter le traitement en présence d'aggravations marquées du côté de l'état général et de l'état local.

Gibert (du Havre) dit avoir été plus heureux. Comme il accepte deux espèces de rachitismes, le rachitisme *alimentaire* et le rachitisme syphilitique, il trouve la preuve de l'existence de ce dernier dans l'amélioration rapide, extraordinaire, selon lui, qu'il obtint

[1] *Bulletins de la Société de chirurgie*, séance du 16 février 1876.

par l'administration de doses très faibles, mais répétées, d'une dilution de sirop de bi-iodure ioduré de mercure. Mais Gibert ne nous dit pas la part qu'il faut attribuer au régime excellent qu'il fait suivre à ses petits malades. Malgré la confiance que m'inspirent les recherches de mon ami Gibert, vis-à-vis des mécomptes auxquels je suis arrivé, je ne puis accepter cette influence favorable comme devant se rattacher au traitement spécifique.

La thérapeutique me fournit donc un double argument, basé sur le succès du traitement marin d'une part, et l'insuccès du traitement antisyphilitique de l'autre.

Le rachitisme reconnaît pour causes probables toutes les infractions à l'hygiène et leurs suites, tant du côté des générateurs que du côté des enfants; c'est, comme la scrofule, une maladie de misère physiologique. Cette opinion a régné jusqu'à ce jour, et j'en trouve la confirmation dans la statistique que je vous ai présentée. Sur les 276 rachitiques qu'elle contient, je note en effet 39 scrofuleux (atteints d'ostéites, de mal de Pott, de carie du rocher, d'engorgement des ganglions lymphatiques, etc.), 8 tuberculeux dont 2 morts, 3 ayant succombé à la méningite tuberculeuse, 3 affectés d'impétigo du cuir chevelu, 1 d'eczéma de la face; de sorte que cela fait 54 enfants *rachitiques* présentant des sympômes de scrofulo-tuberculose.

Parmi les 49 rachitiques en traitement, il y a 8 scrofuleux, près de 18 0/0.

Si donc il fallait rattacher le rachitisme à une diathèse quelconque, ne serait-il pas aussi logique, aussi naturel de le rapporter à la strume comme on le faisait il y a quarante ans ? Et cependant, malgré les données précédentes, il serait, je crois, téméraire de revenir à cette assimilation.

La seule déduction que l'on puisse se permettre, à mon sens, dans l'état actuel de la science, est que la syphilis, au même titre que la scrofule, peut, en tant que cause de détérioration de l'individu et de l'espèce, prédisposer au rachitisme.

De ce faisceau de raisonnements et de faits, je crois être en droit de conclure que si je ne sais pas encore ce qu'est au juste le rachitisme, je sais au moins ce qu'il n'est pas : une métamorphose de la syphilis.

TABLEAUX

RACHITISME

NUMÉROS.	NOMS.	AGE A L'ARRIVÉE.	DURÉE DU SÉJOUR (jours).	RÉSULTAT DU TRAITEMENT. Guéris.	Améliorés.	Réclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	INTERVENTION chirurgicale.	OBSERVATIONS.
					GARÇONS					
	1875									
1	Guillon (Eugène)....	6	143	1	»	»	»			
2	Vincent (Georges)...	4	171	»	1	»	»	....	Renvoyé.	Souffle rude aux deux sommets des poumons.
3	Bordeau (Charles)...	5	114	1	»	»	»			
4	Amadey (Gaston)....	4	830	1	»	»	»			
5	Gouaille (Joseph)....	4	157	1	»	»	»			
6	Winckler (Charles)..	5	287	»	»	»	»	1 de tuberculose pulmonaire.	....	Ostéite du temporal.
7	Derivry (Louis),.....	6	157	»	1	»	»	....	....	Otorrhée. Adénite cervicale.
8	Lambert (Laurent)...	5	360	1	»	»	»			
9	Belleux (Victor).....	4	633	1	»	»	»			
10	Sabattier (Edouard)..	3	605	1	»	»	»			
11	Legay (Philippe).....	2	663	1	»	»	»	....	....	Tumeur blanche au pied.
12	Renaut (Georges),...	1	507	1	»	»	»	....	....	Adénite axillaire ulcérée.
	1876									
13	Fletry (Louis).......	3	531	1	»	»	»			
14	Denis (Eugène)......	3	542	1	»	»	»			
15	Joubeaux (François).	5	759	1	»	»	»			
16	Feulet (Charles).....	2	»	»	1	»	»			
17	Devos (Paul)........	2	»	1	»	»	»			
18	Blanchet (Paul).....	3	395	1	»	»	»			
19	Mason (André).......	3	360	1	»	»	»			
20	Bohl (Clément)......	3	450	1	»	»	»			
21	Eckle (Charles)......	3	969	1	»	»	»			
22	Martin (Auguste)....	3	241	1	»	»	»			
23	Michelon (François).	7	690	»	1	»	»			
24	Chaize (Paul)........	3	1242	1	»	»	»	....	....	Otorrhée, tumeur blanche du genou.
25	Knoet (Vincent).....	3	577	1	»	»	»			
26	Théron (Paul).......	2	368	»	»	»	»	1 de méningite.		
27	Lottin (Eugène).....	3	304	»	1	»	»	....	....	Otorrhée.
28	Perrochaux (Gabriel)	4	560	1	»	»	»			
29	Masson (Camille)....	9	178	»	1	»	»			
	1877									
30	Gallet (Henri).......	7	270	»	1	»	»			
31	Marsall (Henri)......	4	377	1	»	»	»			
32	Martin (Albert)......	3	380	1	»	»	»			
33	Dussey (Georges)....	3	470	»	1	»	»	....	Renvoyé.	Tuberculose pulmonaire.
34	Cuchet (Auguste)....	3	390	»	1	»	»			
35	Dantard (Louis).....	3	30	»	1	»	»			
36	Neiliger (Jacob).....	3	»	1	»	»	»			
37	Frippet (Gérôme)....	3	37	»	1	1	»			
	1878									
38	Masson (Henri)......	4	150	»	1	»	»			
39	Guillon (Léopold)....	5	388	1	»	»	»			
	A reporter....	..	....	25	12	1	»	2		

NUMÉROS.	NOMS.	AGE A L'ARRIVÉE.	DURÉE DU SÉJOUR (jours).	RÉSULTAT DU TRAITEMENT. Guéris.	Améliorés.	Reclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	INTERVENTION chirurgicale.	OBSERVATIONS.
	Report........	..	....	25	12	1	»	2		
40	Cuvelier (Jules)...	7	125	»	1	»	»			
41	Defert (Fernand) ...	8	360	»	1	»	»			
42	Plantez (Alexandre)..	4	514	1	»	»	»			
43	Pierson (Louis)......	3	360	1	»	»	»			
44	Friquet (Gabriel)....	3	696	1	»	»	»			
45	Ménard (Paul).......	3	304	1	»	»	»			
46	Piel (Edmond)......	2	360	»	1	1	»			
47	Janin (Charles)......	4	794	1	»	»	»			
48	Picheray (Auguste)..	4	146	»	»	»	»	1 de broncho-pneumonie.		
49	Verbois (Gaston)....	3	661	1	»	»	»	....	Résection d'une partie du grand trochanter pour ostéite et carie du fémur	
50	Wiplier (Félix)......	2	325	»	1	»	»			
51	Vallette (Victor).....	4	696	1	»	»	»	....	Ostéite du pied. Otorrhée. Impétigo.	
52	Rousseau (Georges).	4	270	1	»	»	»			
53	Coulomb (Henri)....	4	»	»	1	»	»			
54	Veyssette (Hippolyte)	5	863	1	»	»	»	....	....	Coxalgie.
55	Empereur (Alphonse)	3	241	»	1	»	»			
56	Filleur (Eugène).....	2	369	1	»	»	»			
57	Hudeur (Nicolas)....	2	605	1	»	»	»			
58	Filleur (Louis)......	4	729	1	»	»	»			
59	Marie (Édouard).....	5	1459	1	»	»	»			
60	Duésernand (Ferd.)..	2	332	1	»	»	»			
61	Guilhon (Paul)......	3	640	1	»	»	»			
62	Sauvageot (Henri)...	7	212	»	»	»	»	1 d'albuminurie. Abcès froids multiples.		
	1879									
63	D'heflt (Léopold)....	2	1710	1	»	»	»	....	....	Teigne.
64	Barrere (Louis)......	4	941	1	»	»	»	....	....	Tumeur blanche du coude.
65	Schualb (Jean).*a*....	4	215	1	»	»	»			
66	Flans (Paul)	4	423	1	»	»	»			
67	Coindet (Louis)......	4	360	1	»	»	»			
68	Valese (Alfred)......	4	1095	1	»	»	»			
69	Caignard (Paul).....	4	574	»	»	»	»	1 de coqueluche.		
70	Chamberlin (Prosper)	4	423	1	»	»	»			
71	Pruvost (Charles)...	2	536	1	»	»	»			
72	Catala (Maxime).....	2	385	1	»	»	»			
73	Roger (Henri).......	5	490	»	1	1	»	....	....	Adenite cervicale.
74	Naneau (Charles)....	3	240	»	»	»	»	1 du croup.		
75	Huder (Barbe)......	2	576	1	»	»	»			
76	Lebelle (François)...	2	576	1	»	»	»			
77	Lapine (Auguste)....	4	5	»	»	»	»	1 d'épuisement.		
78	Prilleux (Albert).....	5	729	1	»	»	»			
79	Dupont (Georges)....	7	332	1	»	»	»			
80	Schreder (Auguste)..	2	23	»	»	»	»	1 de tuberculose pulmonaire.		
81	Cauque (Célestin)...	2	639	1	»	»	»			
82	Cointrel (Jean).....	9	93	»	1	1	»			
83	Vanderzucht (Ernest)	3	541	1	»	»	»			
84	Lorentz (Léon)......	4	143	1	»	»	»			
85	Loussenot (Eugène)..	3	541	1	»	»	»			
86	Binet (Gabriel)......	3	878	1	»	»	»	....	....	Otorrhée.
87	Bonodo (Paul).......	3	»	»	1	»	»			
88	Joung (Alexis.)......	4	202	»	1	»	»			
	A reporter....	..	....	58	22	4	»	8		

NUMÉROS.	NOMS.	AGE A L'ARRIVÉE.	DURÉE DU SÉJOUR (jours).	RÉSULTAT DU TRAITEMENT. Guéris.	Améliorés.	Réclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	INTERVENTION chirurgicale.	OBSERVATIONS.
	Report........	..	....	58	22	4	»	8		
	1880									
89	Brechand (Pierre)...	12	»	»	1	»	»	....	....	Adénite cervicale.
90	Kuder (Gaston)......	2	457	1	»	»	»			
91	'otvin (Alexis)......	6	213	1	»	»	»			
92	Houreux (Charles)...	5	394	1	»	»	»			
93	Gonnet (Eugène)....	2	59	»	»	1	»			
94	Lefèvre (François)...	4	360	1	»	»	»			
95	Marie (Lous)........	3	200	1	»	»	»			
96	Buisson (Henri).....	3	359	1	»	»	»			
97	Havard (Albert).....	6	892	1	»	»	»			
98	Bouillon (Georges)...	6	150	1	»	»	»			
99	Ledannois (Paul)....	5	150	1	»	»	»			
100	Nillier (Eugène).....	4	759	1	»	»	»	....	....	Otorrhée.
101	Léger (François).....	3	63	1	»	»	»	1 de méningite tuberculeuse.		
102	Perrin (Jules).......	3	269	1	»	»	»			
103	Alexandre (Maurice).	3	366	1	»	»	»			
104	Morel (Henri)........	4	87	1	»	»	»	....	....	Otorrhée.
105	Petit (Léon).........	2	164	»	»	»	»	1 d'éclampsie.		
106	Gay (Georges).......	7	»	»	»	»	»	1 de pneumonie.		
107	Hilliot (Charles).....	2	423	1	»	»	»			
108	Bonnabeau (Emile)..	2	668	1	»	»	»			
109	Philippe (Alphonse)..	3	801	1	»	»	»			
110	Betron (Jules)......	4	577	1	»	»	»			
111	Cruchet (Charles)...	5	88	»	»	1	»			
112	Rollet (Pierre).......	3	»	1	»	»	»	....	....	Teigne.
113	Bernard (Ernest)....	3	268	1	»	»	»	....	....	Adénite cervicale.
114	Ridoux (Louis)......	3	268	1	»	»	»			
115	Prilleux (Charles)...	3	514	1	»	»	»	....	....	Ostéite du pied.
116	Maréchal (Paul).....	3	122	1	»	»	»			
117	Souchon (Antoine)...	2	»	1	»	»	»			
118	Thomas (Charles)....	3	38	»	»	»	»	1 de coqueluche.		
119	Schvenhentz (Pierre)	3	167	1	»	»	»			
120	Dumel (Louis)......	4	184	1	»	»	»			
121	Hamelin (Eugène)...	3	»	»	»	»	»	1 du croup.		
	1881									
122	Ichaack (Léon)......	4	155	»	1	1	»			
123	Cassier (Pierre).....	2	450	»	1	»	»	....	....	Impétigo du cuir chevelu.
124	Chevreau (Alexandre)	4	269	1	»	»	»	....	....	Tumeur blanche du coude.
125	Guérin (Martral).....	3	121	»	1	»	»	....	Renvoyé pour tuberculose pulmonaire.	
126	Charnot (Abel)......	3	150	1	»	»	»			
127	Digonet (Charles)....	2	569	»	1	1	»			
128	Fouchon (Antoine)...	3	31	1	»	»	»			
129	Delange (Léon)......	3	115	1	»	»	»			
130	Pinvin (Edouard)....	3	87	1	»	»	»			
131	Evard (Edouard)....	9	240	1	»	»	»			
132	Maillard (Emile)......	5	437	1	»	»	»			
133	Lefèvre (Honoré)....	4	58	1	»	»	1	....	Renvoyé pour tuberculose pulmonaire.	
134	Clément (Auguste)...	4	331	»	1	»	»			
135	Jugieux (Eugène)....	3	»	1	»	»	»			
136	Valat (Charles)......	4	178	1	»	»	»			
137	Darse (Gaston)......	3	297	1	»	»	»			
	A reporter....	..	....	93	28	8	1	13		

Numéros.	Noms.	Age à l'arrivée.	Durée du séjour (jours).	Résultat du traitement. Guéris.	Améliorés.	Réclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	Intervention chirurgicale.	Observations.
	Report........	..	....	93	28	8	1	13		
138	Lèbre (Alphonse)....	3	320	»	1	1	»	»		
139	Simon (Jules).......	3	150	»	1	»	»	»	Ostéite du calcaneum.	
140	Delange (Léon).......	4	220	1	»	»	»	»		
141	Sammut (Henri).....	4	230	1	»	»	»	»		
142	Desmares (Georges).	3	180	»	»	»	»	1		
143	Barra (Félix)........	6	108	1	»	»	»	»		
	Totaux..........	..	....	96	30	9	1	14		

RÉSUMÉ : 143 GARÇONS.

	Guéris..............	..	....	96	»	»	»			
	Améliorés...........	.	....	..	30	»	»			
	Réclamés...........	..	....	..	2	»	»			mais très améliorés.
	Renvoyés...........	..	....	..	..	1	»			
	Morts...............	..	....	..	..	..	14	de maladies intercurrentes.		
	Total	..	....	143						

FILLES

Numéros.	Noms.	Age à l'arrivée.	Durée du séjour (jours).	Guéris.	Améliorés.	Réclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	Intervention chirurgicale.	Observations.
	1875									
1	Biagoni (Julia)......	3	1298	1	»	»	»	....	....	Spina ventosa.
2	Thomas (Jeanne)....	3	906	1	»	»	»	....	....	Mal de Pott. Tumeur blanche du genou.
3	Dubuy (Mariette)....	4	185	»	1	»	»			
4	Madoire (Elise)......	2	759	1	»	»	»			
5	Sultjer (Joséphine)..	3	678	1	»	»	»			
6	Allard (Emilie)......	3	990	1	»	»	»			
7	La Combo (Josép.)...	2	696	1	»	»	»			
8	Gouet (Alice)........	6	759	1	»	»	»	....	....	Otorrhée.
9	Devost (Marie)......	3	703	1	»	»	»			
10	Fourcade (Marie)....	4	775	1	»	»	»			
11	Pasquelot (Laure)...	2	»	»	1	»	»			
12	Briganty (Louise)...	3	933	1	»	»	»			
13	Pousset (Marie).....	4	609	»	1	»	»			
14	Dumont (Marie).....	4	1360	»	1	»	»	....	....	Adénite cervicale.
	1876									
15	Christrains (Anna). .	3	»	»	1	»	»			
16	Duverget (Pauline)..	3	»	»	1	»	»			
17	Banner (Henriette)..	3	740	1	»	»	»			
18	Vitte (Joséphine)....	3	542	»	1	»	»			
19	Chardor (Marie).....	4	350	1	»	»	»			
20	Daviel (Berthe)......	3	68	»	»	»	»	1 d'esthiomène de la vulve.		
21	Cherioux (Maria)....	3	423	1	»	»	»	....	Scrofulides de la face. Adénite ulcérée.	
22	Walter Marie..........	3	787	»	1	»	»			
23	Perroney (Marie)....	4	577	»	1	»	»			
24	Raymond (Marie)....	4	450	1	»	»	»			
25	Chazallet (Camille)..	2	383	»	1	»	»	....	Adénite cervicale. Eczéma du nez.	
26	Loisse (Marie).......	6	304	1	»	»	»			
27	Dumand (Marie).....	2	178	»	1	»	»	....	Otorrhec.	
	A reporter....	..	....	15	11	»	»	1		

NUMÉROS.	NOMS.	AGE A L'ARRIVÉE.	DURÉE DU SÉJOUR (jours)	RÉSULTAT DU TRAITEMENT. Guéris.	Améliorés.	Réclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	INTERVENTION chirurgicale.	OBSERVATIONS.
	Report........	..	....	15	11	»	»	1		
28	Lenoir (Antoinette)..	3	549	1	»	»	»	....	Ostéite du cubitus.	
29	Grillon (Françoise)..	3	266	»	»	»	»	1 de broncho-pneumonie.		
30	Roneonte (Marie)....	4	969	»	1	»	»			
	1877									
31	Guyot (Eugénie).....	2	405	»	1	»	»	....	Ostéite du pied.	
32	Bougerie (Jeanne)...	2	689	1	»	»	»			
33	Negre (Claudine)....	2	572	»	1	»	»			
34	Bogain (Marie)......	5	388	»	1	1	»			
35	Gineste (Marie)......	3	1487	1	»	»	»			
36	Poupineau (Gabrielle)	2	724	1	»	»	»	....	Impétigo du cuir chevelu. Scrofule.	
37	Erkman (Jeanne)....	3	780	»	1	»	»			
38	Boully (Alice).......	3	542	1	»	»	»			
39	Parlange (Clotel)....	2	360	»	1	»	»			
40	Perinot (Jeanne).. ..	3	»	»	»	1	»	....	Eczéma de la face	
41	Hoffmann (Marie)....	2	572	1	»	»	»			
42	Nouery (Rachel).....	2	420	»	1	»	»			
43	Boisselier (Laurence)	3	420	1	»	»	»			
44	Roche (Jeanne)......	2	451	1	»	»	»			
45	Day (Fernande)......	3	103	»	»	»	»	1 de broncho-pneumonie.		
46	Goupied (Marie).....	3	436	»	1	»	»			
47	Moise (Catherine)....	3	822	1	»	»	»			
48	Durand (Marie)......	4	468	1	»	»	»			
49	Clément (Emilie) ...	4	1004	1	»	»	»	....	....	Chorée.
	1878									
50	Debay (Adeline).....	3	150	»	1	»	»			
51	Frantz (Joséphine)...	4	240	1	»	»	»			
52	Ducarnu (Elisa).....	3	150	»	1	»	»			
53	Virot (Léontine).....	4	487	1	»	»	»			
54	Sommedag (Julie)...	4	514	»	1	»	»			
55	Beltzung (Marie).....	2	516	»	1	»	»			
56	Palmieri (Amélie)....	3	451	1	»	»	»			
57	Grosjean (Marie)....	3	297	1	»	»	»			
58	Glat (Mathilde)......	2	423	1	»	»	»			
59	Pouilleux (Jeanne)...	3	423	»	1	»	»			
60	Dumas (Joséphine)..	3	450	1	»	»	»			
61	Kummer (Marie),....	4	360	1	»	»	»			
62	Devanchelle (Eug.)..	2	395	1	»	»	»			
63	Train (Augustine)...	2	423	1	»	»	»			
64	Gillet (Augustine)...	3	360	1	»	»	»			
65	Devanciard (Anna)...	3	360	1	»	»	»			
66	Voisenet (Clément.).	2	378	1	»	»	»			
67	Robin (Marie).......	2	297	1	»	»	»			
68	Basset (Pauline).....	3	633	»	1	»	»			
69	Rousseau (Marie)....	4	605	1	»	»	»			
70	Montet (Marie)......	10	575	»	1	»	»			
71	Landois (Alice)......	4	340	1	»	»	»			
72	Poirot (Adèle).......	2	1003	1	»	»	»	....	Ostéite du pied. Ozène.	
73	Arnoux (Marie)......	3	314	1	»	»	»			
	1879									
74	Boinet (Adèle).......	3	452	1	»	»	»			
75	Faltz (Suzanne).....	4	234	»	1	»	»	....	....	Impétigo.
	A reporter....	..	....	44	27	1	»	3		

NUMÉROS.	NOMS.	AGE A L'ARRIVÉE.	DURÉE DU SÉJOUR (jours).	RÉSULTAT DU TRAITEMENT. Guéris.	Améliorés.	Réclamés.	Non guéris.	Morts — cause de la mort.	INTERVENTION chirurgicale.	OBSERVATIONS.
	Report........	..	....	44	27	1	»	3		
76	Delecolle (Alphons.).	5	758	1	»	»	»			
77	Ferrand (Marie).....	2	91	»	»	»	»	1 diphtérie.		
78	Frillon (Lucie)......	6	793	1	»	»	»			
79	Preau (Claire).......	4	369	1	»	»	»			
80	Escalier (Georgette).	2	850	1	»	»	»	....	Spina ventosa. Otorrhée.	
81	Sclavon (Berthe)....	3	758	»	1	»	»			
82	Gaillard (Clara).....	4	96	»	1	»	»	....	Réclamée, très améliorée.	
83	Cellier (Jeanne).....	4	702	1	»	»	»			
84	Josset (Alphonsine)..	2	395	»	1	»	»			
85	Pouilleux (Marie)....	5	269	1	»	»	»			
86	Dayez (Céline)......	3	569	1	»	»	»			
87	Perrin (Eugénie)....	4	874	»	1	»	»			
88	Joutan (Jeanne).....	2	35	»	»	1	»			
89	De Lense (Anna)....	2	739	1	»	»	»			
90	Morizot (Marie)......	5	276	1	»	»	»			
91	Guillet (Berthe).....	3	520	1	»	»	»			
	1880									
92	Duvanel (Émélie)....	3	857	1	»	»	»			
93	Rolland (Louise).....	3	457	1	»	»	»			
94	Davezac (Marie).....	4	213	»	1	»	»	....	Renvoyée pour bronchite chronique.	
95	Hautsgen (Eugénie)..	2	913	1	»	»	»	....	Mal de Pott.	
96	Camus (Henriette)...	3	387	1	»	»	»	....	Impétigo.	
97	Rieu (Maria)........	4	457	1	»	»	»			
98	Fromental (Alice)....	6	394	1	»	»	»	....	Adénite cervicale.	
99	Blaise (Marie).......	4	486	1	»	»	»			
100	Dude (Lucie)........	3	144	1	»	»	»			
101	Monot (Amélie)......	3	359	1	»	»	»			
102	Heitz (Augustine)....	4	597	»	»	»	»	1	Mal de Pott. Paralysie.	
103	Henry (Marie).......	3	46	»	»	»	1	....	Renvoyée avec tuberculose pulmonaire.	
104	Jeantheau (Marie)...	4	359	1	»	»	»			
105	Carrat (Marie).......	3	180	»	1	»	»	....	Ostéites multiples. Engorgements ganglionnaires.	
106	Humery (Marie).....	3	280	1	»	»	»			
107	Boudereau (Julie)....	2	268	1	»	»	»			
108	Godibert (Marguerite)	2	717	1	»	»	»			
109	Hein (Lucie)........	2	514	1	»	»	»			
110	Couteau (Antoinette).	2	570	1	»	»	»			
111	Caruel (Alice).......	2	675	1	»	»	»			
	1881									
112	Courson (Eugénie)...	3	458	1	»	»	»			
113	Mancini (Marie).....	3	591	1	»	»	»			
114	Libersac (Marie).....	4	184	1	»	»	»	....	Adénite cervicale supurée.	
115	Blain (Justine).......	3	577	1	»	»	»			
116	Ducrocq (Marie).....	4	259	»	»	»	»	1 du croup.		
117	Jeanniard (Augustine)	4	388	1	»	»	»			
118	Jaspierre (Marcelle)..	5	360	1	»	»	»			
119	Sene (Marie)........	3	360	1	»	»	»			
120	Plet (Clémentine)....	4	115	1	»	»	»			
	A reporter....	..	.. .	78	33	2	»	6		

NUMÉROS.	NOMS.	AGE A L'ARRIVÉE.	DURÉE DU SÉJOUR (jours).	RÉSULTAT DU TRAITEMENT. GUÉRIS.	AMÉLIORÉS.	RÉCLAMÉS.	NON GUÉRIS.	Morts. — Cause de la mort.	INTERVENTION chirurgicale.	OBSERVATIONS.
	Report........	..	....	78	33	2	»	6		
121	Geiger (Charlotte)...	3	115	1	»	»	»			
122	Guyon (Louise)......	9	304	1	»	»	»			
123	Charbonnel (Marie)..	3	234	1	»	»	»	....	Ostéo-périostite du fémur et des métacarpiens. Scrofulides de la peau.	
124	Hamard (Marie).....	3	234	1	»	»	»			
125	Tissandier (Clara)...	3	269	1	»	»	»			
126	Renoux (Mathilde)...	2	25	»	»	»	»	1 d'œdème de la glotte.		
127	Sacanville (August.).	5	269	1	»	»	»			
128	Monsac (Aimée).....	2	297	»	1	»	»			
129	Dulong (Adèle)......	3	360	1	»	»	»			
130	Simonet (Eugénie)...	4	240	»	1	»	»			
	1882									
131	Lorin (Aimée).......	3	»	»	»	»	»	1 de méningite tuberculeuse.		
132	Cessot (Louise)......	3	206	1	»	»	»			
133	Tresse (Eugénie)....	5	171	1	»	»	»			
	TOTAUX.......	..	....	87	35	2	1	8		
	RÉSUMÉ.									
143	Garçons............	»	»	96	30	2	1	14		
133	Filles............	»	»	87	35	2	1	8		
276	TOTAUX.......	»	»	183	65	4	2	22		

Discussion.

M. Magitot. Je ne veux pas aborder le fond du débat sur la question des rapports entre le rachitisme et la syphilis héréditaire. Je demanderai seulement à la Société la permission de lui soumettre dans une prochaine séance des pièces anatomo-pathologiques et aussi des arguments qui prouvent que les lésions trophiques des dents, sillons, échancrures, etc., regardées par MM. Hutchinson et Parrot comme signes de syphilis héréditaire, n'appartiennent nullement à cette diathèse.

Je me bornerai en ce moment à fournir à M. Cazin un petit appoint aux raisons qu'il vient de nous exposer contre l'idée de la parenté entre le syphilis et le rachitisme; ce sont des renseignements de nature ethnique.

On sait d'abord que dans la race kabyle la syphilis est endémique, ainsi que cela résulte des travaux d'Arnould, de Leclerc, de Rollet, etc., tandis que le rachitisme y est à peu près inconnu.

Mais les Kabyles ne sont pas le seul groupe ethnique où l'on reconnaisse une sorte d'exclusion entre le rachitisme et la syphilis : ainsi M. Remy, dans son récent voyage au Japon, écrivait que la syphilis y était extrêmement commune et le rachitisme *inconnu*.

Si l'on trouve cette assertion un peu trop absolue, qu'on se contente de celle d'un autre observateur, le D[r] Ernest Martin, qui fut pendant plusieurs années médecin de la légation de France à Pékin, et qui affirme que la syphilis est connue en Chine et au Japon depuis les temps les plus reculés, tandis que le rachitisme y est à l'état d'exception.

Ce n'est pas tout; qu'on lise les travaux des auteurs qui ont écrit sur la pathologie des pays intertropicaux : MM. Rufz de Lavison, Saint-Vel, etc., on y trouvera un fait qui n'avait point échappé à Humbolt dès 1810, à savoir : qu'aux Antilles, au Mexique, au Pérou, la syphilis fait de grands ravages et que le rachitisme ne s'y observe pas.

Ainsi, voilà des peuples, des races chez lesquels la syphilis est très répandue et le rachitisme inconnu ou extrêmement rare. Comment admettre dès lors la descendance de l'une à l'autre?

M. Championnière. Je suis entièrement de l'avis de M. Cazin. J'ai vu un certain nombre de femmes rachitiques, et toutes ont eu des enfants bien faits. Chose curieuse, l'hérédité du rachitisme est rare.

D'autre part, je ne me rappelle pas avoir vu un seul rachitique présenter des traces de syphilis.

J'ajouterai un mot au sujet des lésions dentaires. J'étais, en 1868, interne de Broca, et à cette époque il s'occupait beaucoup des troubles apportés à l'évolution des dents par les maladies générales. Je fus en mesure de voir des faits très probants, et parmi le nombre, je citerai celui d'un groupe de trois enfants d'un père et d'une mère non syphilitiques ; l'aîné et le plus jeune s'étaient toujours bien portés et avaient des dents bien conformées ; l'intermédiaire qui avait été fort malade, au cours de la première année, d'inflammation des voies digestives, avait des dents *de Hutchinson*.

D'ailleurs, Hutchinson a varié dans l'exposé qu'il a donné des caractères des dents syphilitiques. Il y a eu une première dent qui avait des cannelures, puis la cannelure ne pouvant conserver une valeur exclusive, il y a eu une seconde dent, la dent à pointes ; pour moi, elle vaut la première.

Je crois que nous ne saurions trop protester contre l'assimilation de la syphilis et du rachitisme en raison même de la haute autorité du maître qui voudrait la faire accepter.

M. Després. Je suis tout à fait de l'avis de M. Cazin, et les faits

qu'il nous apporte sont très démonstratifs. L'observation de rachitisme chez les enfants d'un sexe, alors qu'il n'y en a pas chez ceux de l'autre sexe dans une même famille, ressemble à ce que j'ai signalé dans la descendance d'un boucher devenu alcoolique, M. Parrot a été dominé par l'anatomie pathologique et il s'est ainsi laissé entraîner à une assimilation que la clinique ne peut nous laisser admettre.

On a trop de tendance à trouver partout de la syphilis, et sans preuves suffisantes. Je regrette que M. Parrot ait considéré les cicatrices des fesses comme des stigmates de la syphilis ; la plupart de ces cicatrices sont les traces de pustules d'ecthyma qui se sont développées sous l'influence de la malpropreté au contact prolongé de l'urine et des matières fécales.

Quant à la syphilis héréditaire, elle est rare, et pour une raison bien simple : c'est que les enfants des syphilitiques meurent de bonne heure, qu'on leur ait donné ou non du mercure ; d'après mes relevés statistiques, lorsque la syphilis a été contractée en même temps qu'a eu lieu la conception, l'enfant meurt infailliblement ; si la syphilis maternelle a été contractée plus tard, l'enfant pourra vivre, mais la syphilis évoluera en passant par les périodes ordinaires, et il aura des gommes qui s'ulcèreront ; cette évolution se fera dans une période assez rapprochée de la naissance, et je puis dire qu'un rachitique de huit ou neuf ans n'est pas un syphilitique.

M. Cazin croit que les bains de mer sont bons pour les rachitiques ; je les crois bons pour tout le monde, et je ne pense pas qu'ils exercent sur le rachitisme une action spéciale. Le rachitisme vient d'un mauvais producteur ou d'une mauvaise alimentation et la cause indique le remède. Le meilleur des remèdes est le phosphate de chaux, à condition qu'il soit assimilé. Le phosphate naturellement emmagasiné par les végétaux est le seul qui jouisse de la propriété d'être assimilable. Aussi une petite quantité des aliments choisis parmi ceux qui en contiennent le plus, les haricots, par exemple, est-elle beaucoup plus profitable qu'une dose aussi élevée qu'on voudra de phosphate obtenu par voie chimique.

M. Magitot. Je voudrais ajouter un mot à ce que M. Championnière vient de dire.

Broca a repoussé l'opinion que défend actuellement M. Parrot, et il attribuait l'érosion dentaire aux convulsions du premier âge. Il avait même trouvé des arguments jusque dans la trépanation des os du crâne préhistorique. Il semble évident que la trépanation qui se pratiquait chez des enfants au-dessous de huit ans, avait pour but de combattre les maladies de l'esprit, c'est-à-dire des convul-

sions ; or, l'âge où l'on a fait cette trépanation, indique bien qu'il s'agissait d'éclampsie infantile et non d'épilepsie.

M. Horteloup. Je suis étonné de la facilité avec laquelle on admet la syphilis. Depuis longtemps j'ai fait des recherches au point de vue de la syphilis héréditaire, et j'ai même eu l'occasion de faire d'assez nombreuses observations à l'hôpital des Enfants-Assistés, lorsque j'y ai suppléé M. Guéniot. J'ai également suivi en ville un certain nombre de familles. Je signalerai trois familles ayant ensemble huit enfants; les trois pères de famille ont eu la syphilis et aucun des enfants n'a présenté l'apparence du rachitisme. Enfin j'ai vu récemment un jeune homme de vingt-deux ans, dont les dents auraient offert à M. Parrot un beau spécimen de lésion syphilitique héréditaire, et pourtant ce garçon était venu réclamer mes soins pour un chancre infectant.

M. Terrier. On a parlé de rachitisme expérimental, mais le rachitisme des animaux est contesté, c'est de l'ostéo-malacie. Les rares travaux qui ont été faits là-dessus se trouvent résumés dans la thèse de Henri Bouley. Ils ne permettent pas d'admettre qu'il existe chez les animaux un véritable rachitisme. Il y a donc là une distinction à établir et je tenais à la signaler.

M. Magitot. J'ai trouvé des érosions dentaires sur un petit nombre d'animaux. M. Capitan a eu en sa possession une mâchoire de chien garnie de dents portant les signes de Hutchinson.

M. Championnière. M. Després, à propos des enfants, a soulevé une question nouvelle ; et contrairement à son opinion, je dis que les enfants supportent bien le mercure en frictions, et qu'ils guérissent très bien sous l'influence de ce traitement. Il en est de même des femmes enceintes : j'ai vu des mères syphilitiques bien traitées avoir de beaux enfants. A M. Magitot je dirai que la trépanation préhistorique n'est pas démonstrative en ce qui concerne les maladies convulsives ; j'y reviendrai lorsque l'occasion de discuter ce point reviendra.

M. Després. J'ai vu des ménages de syphilitiques non traités avoir de beaux enfants.

M. Cazin. Il est évident qu'un rachitique placé dans de meilleures conditions extérieures en éprouve de bons effets. Mais il me paraît non moins incontestable que le climat maritime a une influence beaucoup plus favorable; je ne me charge pas de l'expliquer, mais je la constate, et si par hasard je me trompais, ce serait avec

M. Marjolin, M. Trélat, M. Jules Simon ; je me tromperais en bonne compagnie.

A 5 heures 10 minutes, la Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 18 avril 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° M. Poulet offre à la Société un travail intitulé : *De l'ostéopériostite tuberculeuse chronique ou carie des os*, par MM. Kiener et A. Poulet.

3° M. Mouchet, de Sens, a envoyé deux observations :

a. Taille sus-pubienne, par la méthode de Petersen. (Rapporteur M. Monod.)

b. Note sur la réunion immédiate dans les amputations partielles ou totales du sein. (Rapporteur M. Lucas Championnière.)

4° M. Polaillon offre, de la part de M. Berne, professeur de pathologie à la Faculté de médecine de Lyon, deux volumes intitulés : *Leçons de pathologie chirurgicale générale.*

M. le Président annonce que M. Eugène Bœckel, membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. TRÉLAT. En répondant à M. Verneuil, dans la séance du 21 mars, j'avais parlé des beaux résultats obtenus chez des amputés tuberculeux. Je vous présente le moule du moignon de l'un d'eux. Chez

ce jeune homme j'avais commencé par enlever une tumeur tuberculeuse de la conjonctive, puis un abcès tuberculeux de la région malaire, et successivement j'avais eu à le traiter d'abcès en diverses régions, puis je dus lui faire une résection partielle du péroné ; enfin l'envahissement des os du tarse m'obligea à lui pratiquer l'amputation de la jambe. La réunion fut immédiate, dans la rigueur du terme; elle fut si parfaite que le lambeau périostique, ménagé au devant de la section du tibia, devint le point de départ d'une hyperostose qui formait une sorte de calotte hémisphérique facile à apprécier à travers les téguments. Cette saillie a diminué et disparaîtra probablement. Ce résultat m'a paru assez remarquable pour mériter de vous être présenté. Ainsi chez un tuberculeux, voici une réunion immédiate absolue et une amélioration de la santé générale après une amputation.

M. Pozzi. L'année dernière, j'ai amputé la cuisse à un jeune homme atteint de tumeur blanche tuberculeuse type dans l'articulation du genou; il y avait des craquements aux sommets des poumons. La réunion primitive fut complète et la santé était devenue florissante. Mais, rentré chez lui, ce garçon se retrouva dans un milieu misérable, il dut reprendre de rudes travaux et bientôt se manifestèrent de nouvelles poussées tuberculeuses. En tout cas, il est incontestable que l'opération avait eu une influence des plus favorables sur l'état général.

M. Desprès. Le moignon présenté par M. Trélat est parfait, mais je demande à revoir l'opéré dans six mois. Les moignons subissent des tranformations, et l'on voit ceux des amputations à lambeaux devenir coniques à la longue, à l'inverse des moignons d'amputations circulaires, qui gagnent avec le temps et deviennent réguliers.

Je dirai à M. Pozzi que le succès rapide des amputations chez les tuberculeux est de règle. Velpeau, dans sa *Médecine opératoire*, a dit que les opérations chez les tuberculeux et les scrofuleux étaient suivies d'une grande amélioration dans la santé générale.

M. Championnière. Je suis de l'avis de M. Després en ce qui concerne la facilité de la guérison chez les tuberculeux; mais je suis en complet désaccord avec lui en ce qui concerne les moignons d'amputation. Un exemple : J'ai fait en 1876 une amputation de la jambe à lambeau postérieur, la réunion primitive fut parfaite. J'ai revu l'opéré il y a trois semaines, il marche directement sur son moignon qui n'a pas changé de forme. Voici donc une amputation à lambeau qui a donné un résultat parfait, et tel que n'en donnent pas les amputations circulaires.

M. TRÉLAT. La dernière phrase de M. Championnière me sert de réponse à M. Desprès. Oui, les lambeaux restent tels qu'ils étaient lorsque la réunion a été immédiate, et qu'il n'y a pas eu de ces poussées inflammatoires qui sont suivies d'atrophies et de rétractions secondaires. Quant à l'opinion que chez les tuberculeux les opérations réussissent bien, oui, c'est une opinion ancienne, et il y a longtemps que je l'ai défendue; mais cette question nous ramènerait à la discussion soulevée par M. Verneuil. En l'absence de notre collègue, nous ne devons pas insister davantage aujourd'hui.

Communication.

Traitement des pieds-bots invétérés par l'*extirpation de l'astragale*,

Par le Dr Eugène BŒCKEL, chirurgien de l'hôpital de Strasboug.

A deux reprises déjà, la question de la tarsotomie, dans le traitement des pieds-bots, a été portée devant la Société de chirurgie: en 1880 par l'excellent Mémoire de M. Poinsot, de Bordeaux, et dernièrement par les observations de M. Beauregard, du Havre.

De mon côté, j'ai pratiqué des tarsotomies dès 1878, la première cunéiforme, les autres par extirpation de l'astragale, et je vais essayer de prouver que cette dernière opération doit être préférée dans la majorité des cas, quand les pieds-bots sont assez invétérés pour réclamer un traitement aussi énergique.

Mais limitons d'abord la discussion aux pieds-bots varus-équins congénitaux qui sont les véritables pieds-bots. Quand on y mêle les pieds-bots paralytiques, on additionne des valeurs dissemblables qui ne permettent pas de conclusions communes.

Les varus congénitaux présentent d'ailleurs des différences extrêmement notables dans le degré de la déviation et dans la résistance qu'elle oppose au redressement

Au point de vue *clinique et pratique*, je les divise en deux classes : *les pieds-bots tendineux* et *les pieds-bots osseux*.

Dans les premiers, ce sont les tendons, et principalement le tendon d'Achille, qui font obstacle au redressement; quand on coupe ce dernier, ses deux bouts s'écartent et la déformation du pied se laisse corriger plus ou moins avec la main. Par des massages répétés suivis de l'application d'appareils appropriés, on arrive alors, dans l'espace de quelques semaines ou de quelques mois, à rendre au pied sa forme à peu près normale. Il existe même des cas lé-

gers où la section tendineuse n'est pas indispensable et où le massage, pratiqué avec persévérance par une mère intelligente dès les premiers jours de la naissance, conduit au but.

Pour ces pieds-bots que j'appelle tendineux, tous les chirurgiens sont d'accord, et c'est avec de ces cas qu'ils obtiennent le triomphe de voir quelques-uns de leurs anciens opérés déclarés aptes au service militaire.

Mais il existe une série d'autres cas où la section du tendon d'Achille ne vous avance nullement pour le redressement du pied. Bien plus, ses deux bouts ne s'écartent même que de un à deux millimètres pendant les plus grands efforts de flexion imprimés au pied. Si l'on croit encore à la toute-puissance des sections tendineuses, on s'imagine que le tendon d'Achille n'a pas été entièrement divisé et qu'un de ses faisceaux a échappé au ténotome.

On se met alors à le recouper, puis on s'attaque au tendon du tibial postérieur, voire même à celui du long fléchisseur des orteils, le tout sans beaucoup plus de succès.

En examinant avec soin ces pieds, on se convainc que la résistance au redressement siège principalement dans les os, et nous verrons que l'anatomie le confirme. C'est ce que je nomme les *pieds-bots osseux*.

Comme partout dans la nature, il existe d'ailleurs une série de transitions entre les pieds-bots tendineux et osseux. Mais le vrai pied-bot osseux se reconnaît moins au degré de la déviation qu'à sa rigidité; il cède peu à la main, et quand on essaie de le redresser, le tendon d'Achille ne se tend pas davantage, tandis que dans le pied-bot tendineux la résistance est élastique, la déviation y peut être aussi forte en apparence que dans le pied-bot osseux, mais elle se laisse vaincre avec plus ou moins d'efforts par la main, et le tendon d'Achille forme alors une corde très dure, dont la section entraîne un écartement considérable des deux bouts.

Lorsqu'on étudie les saillies du tarse sur un pied-bot osseux qu'on manipule journellement, on constate que l'astragale reste toujours en grande partie en avant de la mortaise tibiale. Quelque effort que l'on fasse pour ramener le pied à angle droit sur la jambe, on n'y arrive pas, on est toujours arrêté par le choc de deux os l'un contre l'autre; c'est le milieu de la poulie astragalienne qui vient heurter le bord antérieur du tibia, et force le pied à rester à angle plus ou moins obtus sur la jambe.

D'un autre côté, on sent le bord externe de la poulie astragalienne qui forme une arête tranchante sous la peau en avant de la malléole péronière.

On devrait croire qu'avec le massage quotidien et des appareils appliqués dès les premières semaines après la naissance, quand

les os sont encore en grande partie cartilagineux, on corrigerait facilement ce vice de conformation, au besoin par des redressements forcés pendant l'anesthésie.

Je l'ai cru moi-même, autrefois, comme le croient encore des chirurgiens très autorisés, et j'attribuais les insuccès tantôt à ce que le traitement n'avait été commencé que vers l'âge de 7 ou 8 mois, conformément à l'ancienne doctrine, tantôt à ce que les enfants n'avaient pu rester que 3 ou 4 mois à l'hôpital, tantôt au manque de surveillance consécutive.

Sans doute, toutes ces causes contribuent aux insuccès, mais j'ai dû me convaincre que les traitements orthopédiques les plus rationnels et les plus soigneux échouent contre *le pied-bot osseux*, ou, du moins ne le corrigent qu'à moitié et ne dispensent pas le sujet de porter toute sa vie des appareils qui encore ne lui procurent qu'une marche disgracieuse et pénible.

Ce n'est là une solution suffisante ni pour les pauvres, ni pour les personnes aisées. Les premiers ne peuvent pas séjourner dans les hôpitaux les mois et les années nécessaires pour arriver à cette demi-guérison du pied-bot osseux, sans compter qu'ils ne sauraient subvenir aux réparations incessantes et coûteuses que nécessitent les appareils ; les seconds sont humiliés pas cette infirmité voyante et cruellement entravés dans leur avenir.

Il y a plus ; toutes les fois qu'un pied-bot de ce genre abandonne les appareils pendant quelques semaines seulement, la déformation se reproduit et tel sujet que vous avez laissé partir marchant à peu près sur la plante du pied, grâce à un moule de cuir, vous reviendra, au bout de quelques mois, avec une récidive complète s'il le quitte.

Plus souvent, d'ailleurs, il ne vous reviendra pas, mais il entrera dans un autre service, avec l'espoir d'être mieux guéri, ou il se résignera à son sort. De là, beaucoup des illusions dont se bercent encore les chirurgiens.

Cause de la récidive. Cette tendance aux récidives a une cause anatomique que l'on n'a pas assez signalée, c'est l'insuffisance de la flexion dorsale du pied sur la jambe.

En effet, dans la marche normale, quand l'un des pieds est posé sur le sol et que le corps s'avance, il faut que le tibia puisse jouer sur le pied et former avec lui un angle aigu, d'autant plus aigu que le pas est plus long. Si ce mouvement est impossible comme c'est le cas chez les enfants atteints de varus équin, ils tournent la pointe du pied en dedans pour échapper à la contrainte et le roulent sur son axe longitudinal. De cette façon, ils en arrivent bien vite à remarcher sur le dos du pied.

C'est là, selon moi, la vraie explication de cette tendance à

tourner le pied en dedans qu'on remarque chez tous les pieds-bots.

On a beau corriger le varus et dérouler la plante du pied tant *que l'équinisme n'est pas complètement corrigé le pied-bot récidivera infailliblement* s'il n'est pas maintenu par un appareil solide.

Par correction complète, j'entends que la flexion du pied sur la jambe dépasse un peu l'angle droit. Si elle arrive à peu près jusqu'à ce point, le résultat est encore acceptable, à condition de faire porter un soulier à talon qui restreint le degré de flexion du pied dans la marche.

J'ai employé avec succès cet artifice chez une fillette de notre ville que je traite depuis sa naissance et dont je rapporterai l'histoire en quelques lignes pour montrer toutes les difficultés qu'on rencontre à redresser ces pieds-bots osseux. A l'âge de 3 semaines je lui coupai les tendons d'Achille sans obtenir aucun écartement des bouts tendineux. Immédiatement on commença les massages, pratiqués deux fois par jour par une mère énergique et intelligente et suivis de l'application des appareils de Stœss modifiés. Peu satisfait du résultat, je pratiquai à deux reprises le redressement forcé pendant l'anesthésie en le maintenant par des appareils plâtrés pendant trois semaines.

Vers l'âge de deux ans, je coupai une seconde fois les tendons d'Achille, sans plus de succès. Pendant la journée l'enfant marchait tant bien que mal dans des moules de cuir, articulés au niveau des malléoles, et le soir, on lui réappliquait les appareils de Stoess. Après 4 ans de ce labeur quotidien, nous étions arrivés à metttre le pied gauche à peu près à angle droit sur la jambe, tandis qu'à droite, il s'en fallait toujours de plusieurs degrés. Aussi, en marchant avec ses moules de cuir, elle tournait constamment la pointe du pied droit en dedans, pendant que le pied gauche gardait une bonne direction. Sous l'influence de mes idées théoriques, je fis adapter un talon à son soulier droit et dès le lendemain, ce pied avait pris une direction rectiligne.

Ce n'est pas une guérison à proprement parler, puisque l'enfant ne marche à peu près sur la plante du pied qu'avec l'aide de ses appareils. Ce résultat même n'a été obtenu qu'à grand'peine en 4 ans, seulement le pied ne jouit que d'une mobilité très faible dans l'articulation de Chopart et l'enfant est condamnée à ses moules de cuir jusqu'à l'âge adulte. De plus, chaque fois qu'une ampoule ou une indisposition empêche l'application des appareils pendant quelques jours, on perd de nouveau une bonne partie de ce qu'on a obtenu. Malgré tout, c'est un résultat qui ne doit pas être regardé comme trop défavorable, vu la gravité du cas, et l'on

n'a qu'à consulter l'excellente thèse de Thorens[1] pour voir que les orthopédistes les plus en renom, Bouvier, Duval, Adams, etc., n'ont pas toujours obtenu mieux dans ces pieds bots que je nomme osseux.

Encore faut-il commencer le traitement immédiatement après la naissance et le poursuivre pendant des années si non, la récidive est inévitable à moins de s'attaquer aux os.

Déformation spéciale de l'astragale dans les pieds-bots osseux. — Le principal obstale au redressement du pied-bot osseux ne réside pas dans le cuboïde, comme il semble à première vue, mais dans l'astragale et dans sa forme vicieuse.

Dans toutes les autopsies de pieds-bots, réunies avec tant de soin par Thorens, on constate que la poulie astragalienne est situé en majeure partie en avant de la mortaise tibio-péronière et ne peut y être ramenée. La tête de l'astragale est atrophiée, et au lieu de regarder en avant, elle est dirigée en dedans; c'est là, contre la malléole interne, qu'on trouve le scaphoïde.

De mon côté, en comparant les trois astragales que j'ai extirpés avec celui d'un enfant bien conformé du même âge, je constate que la poulie astragalienne des pieds-bots est plus plane, moins recourbée, elle a une forme triangulaire à pointe postérieure qui est seule en rapport avec le tibia ; le reste de la surface regarde en avant. La tête et le col de l'astragale sont atrophiés et implantés à angle droit sur le côté interne du corps de l'os. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister. De plus, j'ai reconnu au moment de l'extirpation qu'il n'existait qu'une cavité synoviale tibio-tarsienne tout à fait rudimentaire à la partie postérieure. La membrane synoviale qui se fixe au bord de la mortaise tibio-tarsienne descend directement sur le cartilage de la poulie et y adhère, il faut l'en séparer avec le bistouri. C'est une preuve que l'articulation tibio-tarsienne n'a jamais fonctionné.

Je passe sous silence l'incurvation du calcanéum et du cuboïde qu'on a signalée. Celle-ci a pour effet d'infléchir le bord interne du pied, mais n'empêche pas la plante de poser à plat sur le sol.

Les os du tarse restent en grande partie cartilagineux jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans, on peut donc espérer de modifier leur forme par des appareils et des massages appropriés et l'on y arrive effectivement pour tous les os à l'exception de l'astragale; mais comment agir sur ce dernier ? Il est englobé de tous côtés par les autres os, et par sa forme ramassée il ne présente pas de prise directe à la main, ni aux appareils. Nous ne pourrions agir sur lui

[1] Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital par Henri Thorens. Paris, 1873, chez Delahaye.

qu'en nous servant de l'avant-pied comme d'un levier et encore la courroie qui dans tous les appareils passe sur le cou-de-pied pour fixer le talon contribue à l'immobiliser. Il en résulte que les mouvements que l'on imprime au pied ne se communiquent pas à l'astragale, mais produisent une subluxation compensatrice en avant de cet os, dans l'articulation de Chopart. C'est ce que Duval avait déjà remarqué sur le vivant et que Thorens signale également sur des pièces pathologiques.

Les différents procédés de tarsotomie antérieure qu'on a pratiqués dans ces derniers temps arrivent tous au même résultat : substituer à l'articulation tibio-astragalienne restée ankylosée une articulation médio-tarsienne plus mobile qu'à l'état normal et rétablissant la direction normale du pied.

La tarsotomie antérieure ainsi que les traitements orthopédiques corrigent la difformité la plus apparente du pied-bot osseux, le varus, mais ils laissent subsister l'équinisme et l'ankylose tibio-astragalienne qui sont plus fâcheux pour la marche. Aussi les muscles du mollet ne reprennent-ils pas, parce qu'ils restent hors d'usage.

Comment se fait la marche dans ces nouvelles conditions : il y a grand progrès si l'on compare un pied pareil à un pied-bot non opéré. La plante pose sur le sol dans toute son étendue, sauf la partie postérieure du talon qui est maintenue en l'air par le renversement non corrigé de l'astragale.

Par contre, la marche reste lourde, à cause du peu de mobilité de l'articulation compensatrice ; le pied ne peut pas se dérouler sur le sol, il se pose tout d'une pièce comme dans les ankyloses tibio-tarsiennes. De plus, le pied est fortement raccourci après les tarsotomies antérieures, et ce résultat est surtout fâcheux si l'on n'opère que d'un côté, car la différence de longueur des deux pieds qui peut se monter à 4 et 5 centimètres est alors très choquante. C'est ce qui m'a frappé chez mon unique petit opéré de tarsotomie cunéiforme et m'a fort refroidi pour cette opération. Tout autre est la marche chez les pieds-bots auxquels on a extirpé l'astragale. Le pied a sa configuration à peu près normale, à peine différente de celle d'un pied non opéré. L'articulation nouvelle entre le tibia et le calcanéum jouit de mouvements assez étendus, qui permettent une démarche naturelle. Aussi ne risque-t-on plus de voir récidiver la déformation et le sujet peut-il abandonner les appareils de soutien au bout de 2 ou 3 mois et se servir d'un soulier ordinaire.

C'est là pour les pieds-bots osseux invétérés une guérison comme aucun autre mode de traitement n'en offre de semblable,

car ils sont tous de simples palliatifs, tandis que l'extirpation de l'astragale éloigne la source principale de la déformation.

Je dois cependant ajouter que je ne puis parler que d'enfants n'ayant pas dépassé l'âge de 6 ans. Mais Ried, Lücke, Rupprecht en ont opéré avec succès jusqu'à 17 ans.

Chez l'adulte même, je serais disposé à essayer de cette opérations, sauf à y joindre, en cas de nécessité, l'extirpation totale ou partielle du cuboïde pour remédier à l'inflexion de l'avant-pied. Ce serait toujours moins fâcheux que les mutilations pratiquées de tout temps chez les pieds-bots arrivés à l'âge adulte, telles que amputations de Pirogoff, sous-astragaliennes, ou même amputations de jambe.

Historique et observations personnelles.

Dans son remarquable travail sur la tarsotomie, Poinsot, en 1880, ne cite encore que trois cas de tarsotomie postérieure, c'est-à-dire d'extirpation de l'astragale, dont le premier a été opéré par *Lund*, aux deux pieds, en 1872, et publié en 1878 conjointement avec un troisième cas. Depuis cette époque, le nombre de ces opérations a beaucoup augmenté.

Ried[1], de Iéna, a publié quatre cas, en 1880, concernant un enfant de 4 ans opéré à un pied, un de 5 ans opéré aux deux, une fille de 15 ans opérée d'un côté; chez tous, guérison parfaite.

Lucke[2], en 1881, fait publier l'observation d'un garçon de 15 ans opéré d'un côté avec bonne guérison.

P. Rupprecht[3], chirurgien de l'hôpital des Diaconesses de Dresde, dans un court résumé, publié en 1882, dit qu'en deux ans, il a pratiqué 18 fois l'extirpation de l'astragale sur des sujets de 4 à 17 ans et que le redressement s'est toujours parfaitement maintenu sans tendance à la récidive. Il déclare que sous ce rapport, l'extirpation de l'astragale est bien supérieure à la résection cunéiforme du tarse. Malheureusement il ne donne aucune observation.

Eug. Boeckel. — Quant à mes observations au nombre de quatre, sur trois sujets, elles sont toutes inédites et ont été pratiquées en 1879 et 1882. Je vais les rapporter avec quelques détails en les faisant précéder de l'histoire d'une tarsotomie cunéiforme que j'a-

[1] Ueber die Behandl. hochgrad. Klumpfüsse, in Deutsche Zeitschr. für Chirurgie. Vol. XIII, 1880.

[2] Beitr. zur oper. Behandl. des Klumpfüsses. Inaugur. Dissertation von Ad. Wagner. Strasbourg, 1881.

[3] Zur tarsotomie veralteter Klumpfüsse, V. P. Rupprecht, in Centrälblatt f. chirurgie, 1882, nº 31, p. 505.

vais exécutée en 1878, et qui, malgré sa réussite, ne m'avait pas entièrement satisfait et m'avait poussé à chercher mieux.

OBSERVATION I. — *Résection cunéiforme du tarse. Guérison.*

Virgile D..., de Riquewyhr (Haut-Rhin), est né avec un pied varus-équin à droite.

A l'âge de 13 mois, le Dr H..., lui coupe le tendon d'Achille et le traite par des appareils. Il en résulte une légère amélioration.

En juin 1878, on m'amène l'enfant, alors âgé de 6 ans. Le pied gauche est bien conformé; le pied droit est court, contourné en demi-cercle à convexité externe.

A la plante du pied, il existe un pli profond, sans tension de l'aponévrose ou des muscles. Le dos du pied, depuis l'articulation tibio-tarsienne jusqu'au métatarse, forme une saillie antéro-externe considérable située sous une peau mince et qui empêche le redressement du pied. La flexion dorsale ne va pas jusqu'à l'angle droit. Sur la base du cinquième métatarsien il existe un durillon. La malléole externe est hypertrophique. Longueur du pied droit 12 centimètres, du pied gauche 16 centimètres.

Chez cet enfant, la résistance au redressement paraissant siéger dans les os, je me décide à faire la résection cunéiforme du tarse.

L'opération est pratiquée le 13 *juin* 1878, à la maison des Diaconesses. — Anesthésie et ischémie. L'incision commence un peu en avant de la pointe de la malléole externe, descend sur le bord inférieur du cuboïde et remonte derrière la base du cinquième métatarsien jusqu'aux tendons extenseurs. Ce lambeau étant relevé, le cuboïde est extrait en totalité, mais le pied ne se laisse pas encore redresser et mettre à angle droit sur la jambe. On pratique alors une incision longitudinale sur le bord interne du pied au niveau des cunéiformes et l'on attaque ces os avec le ciseau. Le premier et le second sont enlevés à moitié et le troisième en totalité. Le pied se laisse alors facilement redresser. Suture des plaies à l'exception de la place pour un tube de chaque côté; pansement antiseptique; appareil plâtré fenêtré.

Les suites de l'opération sont des plus bénignes; la température la plus élevée est de 38°3, le lendemain soir de l'opération. Les autres soirs elle ne dépasse pas 37° 1/2. La suppuration est faible.

Le 27 *juin*, on renouvelle l'appareil plâtré qui est sali.

Le 10 *juillet*, on le supprime, et le 17 *juillet*, la guérison des plaies est complète. La plante du pied pose à plat sur le sol et reste à angle droit avec la jambe; mais le pied a encore une grande tendance à revenir à sa position vicieuse. On fait donc porter à

l'enfant un moule de cuir avec attelles jambières articulées au niveau des malléoles.

Le 21 *mai* 1881, trois ans après l'opération, je revois le jeune Virgile. La longueur totale du pied gauche est de 19 centimètres; celle du pied droit opéré seulement de 13 centimètres. — Ce dernier est à angle droit sur la jambe, mais à peu près immobile. Il reste encore un peu d'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied et l'astragale forme une saillie à la face dorsale. — Le mollet droit est atrophié comparé au gauche. L'enfant porte toujours son appareil de cuir moulé, mais il est très turbulent et court avec ses camarades comme si de rien n'était.

Observation II. — *Extirpation de l'astragale.* — *Guérison.*

(Recueillie par le Dr Ruhlmann.)

Franck (Théophile), de Wolfisheim, garçon vigoureux, est né avec un double varus-équin extrêmement prononcé. Vers l'âge de neuf mois, il séjourne une première fois dans les salles de M. Eug. Bœckel, où on lui coupe les tendons d'Achille et on le masse pendant trois mois, en lui appliquant journellement les appareils de Stoess modifiés. La forme des pieds est améliorée quelque peu, mais l'équinisme subsiste toujours et l'enfant ne peut pas marcher sur la plante.

A l'âge d'un an 1/2, la mère le ramène à l'hôpital, où il séjourne cette fois pendant quatre mois. M. Bœckel coupe une seconde fois les tendons d'Achille sans plus de résultats, parce que les deux bouts du tendon ne s'écartent guère. Il fait masser l'enfant soigneusement matin et soir, appliquer les appareils orthopédiques, lui pratique plusieurs fois le redressement forcé, suivi de bandages plâtrés. Rien n'y fait, le pied reste équin, l'inflexion de l'avant-pied est seule un peu amendée.

A l'âge de 4 ans, le petit Théophile rentre une troisième fois dans les salles de M. Bœckel. L'enfant est fort, bien portant; ses pieds très massifs sont toujours en varus-équin très caractérisé et portent des durillons sur le cuboïde et la base du cinquième métatarsien. L'astragale est subluxé en avant du tibia et forme une forte saillie sur le dos du pied. Les muscles du mollet sont atrophiés.

En présence de ces déformations, qui ont déjà résisté deux fois à un traitement énergique et prolongé, M. Bœckel se décide à tenter l'opération de Lund, c'est-à-dire l'extirpation de l'astragale.

Elle est pratiquée le 7 *mai* 1879, sur le pied droit, au moyen de deux incisions, l'une externe et courbe, allant de l'articulation

péronéo-tibiale inférieure au cuboïde; l'autre, interne placée en avant de la malléole interne jusqu'au scaphoïde. L'astragale se brise sous la pince qui le saisit et est sorti en deux ou trois morceaux. Aussitôt le pied se laisse redresser facilement. Après hémostase on place un tube dans chaque plaie et l'on suture le reste. — Pansement antiseptique. Attelle en bois coudée pour maintenir le redressement du pied.

Le second soir la température monte jusqu'à 39°,4 pour retomber ensuite à la normale. Les plaies fournissent un suintement séro-sanguinolent assez abondant, sans suppuration véritable. On renouvelle le pansement le 9 et le 13 *mai*; ce dernier jour, on supprime les tubes de drainage.

Le 19 au soir, le malade se plaint de fortes douleurs dans la jambe opérée et a une température de 40°,2. Plusieurs selles diarrhéiques.

Le 20 *mai*, en ouvrant le pansement, on constate une rougeur à bords festonnés sur le tiers inférieur de la jambe. Nulle part de rétention de pus.

21 *mai*. Température 40°,4 et 39°,5 le soir.

22 *mai*. Température 37°,5 et 39 le soir.

La rougeur de la jambe a disparu et ne s'est pas étendue à la cuisse. Par contre une diarrhée glaireuse, mêlée d'un peu de sang, persiste.

Le 23 *mai*, on renvoie l'enfant à la campagne, chez ses parents; la plaie est en bon état et suppure peu. On lui fait prendre du sulfate de quinine pendant deux jours et puis une potion opiacée.

Dès le 28 *mai*, la température est retombée tout à fait à la normale, la diarrhée a disparu et l'enfant reprend de l'appétit.

Le 29 *mai*, on le ramène à l'hôpital où l'on constate que les plaies sont presque fermées.

Application d'un léger appareil plâtré pour maintenir le pied.

Le 10 *juin*, suppression du plâtre. Le pied est dans une bonne position, mais presque ankylosé parce qu'on n'a pu l'exercer pendant le dernier mois. On fait fabriquer des moules de cuir pour les deux pieds avec attelles jambières articulées au niveau du cou-de-pied. L'enfant marche convenablement avec ses pièces prothétiques.

Le 23 *novembre* 1882, 3 ans 1/2 après l'opération, Théophile, maintenant âgé de 7 ans, se présente à l'hôpital marchant avec ses moules de cuir. Le pied droit opéré pose à plat et sa pointe est dirigée en avant; le pied gauche est fortement contourné en dedans et ne repose que sur son bord externe.

Quand on le fait marcher pieds nus, on constate au *pied droit* les deux cicatrices au-devant des malléoles. La plante du pied

touche le sol dans toute son étendue, mais l'avant-pied est encore en légère adduction sur l'arrière-pied. Le pied est à angle droit sur la jambe et l'articulation tibio-tarsienne jouit de légers mouvements de flexion et d'extension. Le mollet de ce côté est peu développé en raison du peu d'étendue de ces mouvements. Le tarse est hyperostosé et forme une voussure sur le dos du pied, probablement par suite de la pression des appareils orthopédiques qu'on lui avait fait porter dans le temps. Longueur du bord interne du pied 14 centimètres.

Au *pied gauche*, non opéré, l'avant-pied est infléchi à angle droit sur l'arrière-pied et complètement dirigé en dedans. Quand on essaye de mettre le pied à angle droit sur la jambe, on est arrêté à un angle de 130°. La poulie astragalienne forme une forte saillie sur la partie externe du dos du pied. Durillons sur la base du cinquième métatarsien et sur le cuboïde. Mollet atrophié. L'enfant marche sur le bord externe du pied, grâce au moule de cuir; sinon, il marcherait complètement sur le dos. Longueur du bord interne 13 centimètres.

Depuis des années, la mère ainsi que le garçon auraient voulu que le pied gauche fût opéré comme le droit, mais le père s'y oppose absolument.

Observation III. — *Extirpation d'un astragale. — Guérison.*

(Recueillie par le Dr Scheffer.)

Wersinger (Justin), de Colmar, entre à l'hôpital de Strasbourg, le 14 novembre 1882, pour un double pied-bot varus-équin.

A l'âge d'un an, cet enfant a déjà séjourné pendant trois mois dans le service de M. E. Bœckel, où on lui a fait la section des tendons d'Achille et appliqué journellement des appareils orthopédiques après massage. En sortant de l'hôpital, les parents ont continué l'emploi des appareils de Stoess pendant toute une année, puis il a essayé de marcher avec des moules de cuir.

En *novembre* 1882, Justin, maintenant âgé de 3 ans 1/2, rentre au service. C'est un garçon fort, mais lymphatique. Son pied droit est en assez bonne position et peut être mis à angle droit sur la jambe, aussi l'enfant appuie sur la plante du pied. Cependant, le bord interne est encore incurvé, par suite de l'adduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied.

Le pied gauche est beaucoup plus déformé; l'avant-pied est infléchi à angle droit sur l'arrière-pied. L'enfant appuie entièrement sur le bord externe, où se trouvent deux durillons sur le cuboïde et le cinquième métatarsien. L'axe du pied forme avec celui de la

jambe un angle de 136°, et il lui est impossible de le rapprocher de l'angle droit. Le tendon d'Achille ne se tend pas pendant ces manœuvres. A la partie externe du dos du pied, l'astragale fait une forte saillie, qui ne se laisse pas absolument réduire. En présence de la déformation considérable du pied gauche et de l'insuccès du traitement antérieur, M. Bœckel se décide à pratiquer immédiatement l'extirpation de l'astragale de ce côté.

L'opération est pratiquée le 28 *novembre* 1882, avec les précautions antiseptiques ordinaires et d'après le manuel opératoire décrit plus bas : Incision courbe au côté externe sur la saillie de l'astragale ; dissection des parties molles adhérentes à la poulie; désarticulation de l'astragale. Le pied se laisse immédiatement redresser avec facilité et mettre à angle droit sur la jambe. Suture avec tube à drainage, pansement à la mousseline iodoformée et bandage plâtré. La plaie, qui n'avait pas saigné d'abord après l'enlèvement de la bande d'Esmarch, suinte fortement dans la journée. Le soir, on fenêtre l'appareil et l'on remet de la ouate sèche sur la mousseline.

L'astragale présente les déformations classiques chez les pieds-bots : la tête assez atrophiée est implantée latéralement sur le corps de l'os. Col très court, presque nul.

Le lendemain de l'opération, la température monte à 39°,1, pour retomber les soirs suivants à 38°,4 ou 38°,3.

Le 1er *décembre,* on supprime le tube de caoutchouc, le suintement de la plaie est toujours séro-sanguinolent.

Le 5 *décembre.* La sécrétion commence à devenir purulente ; la plaie s'est désunie après l'enlèvement des sutures. Le pied droit, non opéré, est manipulé tous les jours et redressé dans un appareil orthopédique.

Le 18 *décembre.* Suppression de la bande plâtrée à gauche, pansement avec une simple attelle de carton. Le pied a une excellente direction.

Le 8 *décembre.* Suppuration faible de la plaie. Pansement tous les deux ou trois jours.

Le 13 *janvier* 1883. On anesthésie l'enfant pour lui ouvrir un abcès qu'on voit se former depuis quelques jours entre le tibia et le tendon d'Achille. Il s'écoule passablement de pus et l'on fait une contre-ouverture au côté externe du tendon.

Le 5 *février.* L'abcès suppure encore ; la plaie de la résection est à peu près fermée. Aussi met-on le pied dans un appareil orthopédique pour achever de le redresser. Pansement des plaies à la solution de nitrate d'argent 1/80.

Le 1er *mars.* L'enfant est présenté à la Société de médecine de Strasbourg, il commence à marcher avec des moules de cuir, mais

ce n'est que le 7 mars que les plaies sont complètement cicatrisées.

Dans le courant de mars il fait des progrès journaliers pour la marche et ne boite pas, quoique l'astragale lui manque à gauche, ce qui devrait occasionner du raccourcissement. Pour s'en assurer, on marque l'interligne du genou de chaque côté; puis on met l'enfant debout sur une planchette avec une attelle verticale entre les deux jambes. L'interligne du genou se trouve exactement à la même hauteur des deux côtés. Il paraît donc que la place occupée par l'astragale a été plus ou moins comblée par du tissu nodulaire.

Observation IV. — *Extirpation des deux astragales à six jours de distance. — Guérison.* — (Observation recueillie par le docteur Garcin.)

Roesch (Jacques), âgé de 6 ans, fils d'un ouvrier de fabrique de Münster, est envoyé par des personnes charitables à l'hôpital de Strasbourg, pour un double varus-équin très prononcé.

A l'âge d'un an l'enfant a déjà été traité à la maison des Diaconesses par la section des tendons d'Achille et l'application d'appareils plâtrés renouvelés de huit en huit jours. Au bout d'un mois il rentra chez lui muni de moules de cuir. Ceux-ci devinrent bientôt trop petits et les parents, très pauvres, les mirent de côté sans autre traitement. Vers trois ans l'enfant commença à marcher.

État actuel le 10 *décembre* 1882. Les deux pieds, élargis vers les orteils, regardent directement en dedans, leurs pointes se touchent. Le dos des pieds regarde en avant, l'enfant appuie sur le bord externe où il existe des durillons. Il est impossible de redresser les pieds avec la main, même en employant une force considérable et pendant cette manœuvre le tendon d'Achille ne se tend pas. L'astragale fait une forte saillie sur le dos du pied et reste immobile pendant les tentatives de redressement. L'enfant marche sur ses pieds comme sur des pilons.

En présence de ces signes, M. Bœckel juge la guérison impraticable par la ténotomie et l'orthopédie, à moins d'y employer plusieurs années, et se décide à pratiquer l'extirpation de l'astragale.

Le 12 *décembre* 1882. *L'opération* est pratiquée sur le *pied gauche* exactement d'après les règles données un peu plus bas. L'astragale étant extirpé en une seule pièce par l'incision curviligne externe, il est facile de redresser le pied. La plaie est suturée après introduction d'un petit tube à drainage, puis on y applique plusieurs doubles de mousseline à l'iodoforme et on maintient le pied dans la bonne direction au moyen d'un bandage plâtré.

Alors seulement la bande d'Esmarch est enlevée et la jambe est fixée sur un coussin dans une position presque verticale.

Le soir on fenêtre l'appareil au niveau de la plaie et on y applique de la ouate salicylique.

Le 14 *décembre*. On observe la température la plus élevée, qui n'est que de 38°5 le soir. Point de douleurs. La plaie ne fournit que de la sérosité sanguinolente. On renouvelle le coton tous les deux jours quand il est imbibé, sans toucher à la mousseline iodoformée.

Le 18 *décembre*. Voyant qu'il n'y a aucune réaction à la suite de la première opération, *on extirpe l'astragale du côté droit*, d'après la même méthode; outre l'astragale on coupe encore un centimètre de la pointe de la malléole externe qui gêne un peu le redressement. On profite en même temps de l'anesthésie pour renouveler l'appareil plâtré à gauche et enlever les sutures et le tube.

Les suites sont aussi bénignes à droite qu'à gauche, les deux plaies ne suppurent pas véritablement et ne fournissent qu'un peu de sérosité louche.

Les deux astragales présentent les déformations classiques : la tête est implantée à angle droit sur le côté interne de l'os.

Le 15 *janvier* 1883, on supprime les appareils plâtrés. Les plaies sont fermées, le stylet n'y pénètre plus. L'incision cutanée seule, tiraillée par le redressement, laisse un mince liseré de bourgeons qu'on touche au nitrate. Les pieds sont encore maintenus par des appareils de Stoess modifiés jusqu'à confection de moules de cuir avec attelles jambières.

Le 27 *janvier*, cinq semaines après la seconde opération, six semaines après la première, l'enfant se lève et commence à marcher avec ses moules.

Les premiers jours il est encore faible sur ses jambes, mais celles-ci se fortifient tous les jours par l'exercice.

Le 1er *mars*, le petit Roesch est présenté à la Société de médecine de Strasbourg.

A voir ses pieds, on ne se douterait pas qu'il leur manque un os aussi important que l'astragale. Le talon est peut-être un peu moins saillant qu'à l'état normal ; mais la plante du pied pose sur le sol dans toute sa longueur et la forme du pied est régulière.

La nouvelle articulation tibio-tarsienne jouit de mouvements de flexion et d'extension suffisants pour une marche facile, quoique plus limités que chez un sujet sain. L'enfant marche très bien pieds nus, mais il a encore de la tendance à appuyer un peu plus sur le bord externe ; aussi on recommande aux parents qui vont l'emmener de lui faire porter ses moules de cuir pendant deux mois au moins.

Le 6 *avril*, on annonce que le garçon joue avec ses camarades et court aussi bien que les autres.

innocente; elle n'entraîne aucune perte de sang et ne compromet en rien l'existence de l'enfant. Les os du tarse, presque entièrement cartilagineux, se prêtent plus facilement au redressement, tandis qu'à 2 ou 3 ans, ils sont déjà en partie ossifiés et offrent une résistance beaucoup plus grande aux moyens mécaniques. C'est alors seulement que je comprends et que j'admets la pratique de M. Bœckel. Si notre collègue eût fait cette distinction importante, je n'aurais, pour ma part, fait aucune objection de principe à la pratique qu'il propose.

M. Championnière. Si je prends la parole sans avoir jamais fait, pour le pied-bot, ni la tarsotomie, ni l'extirpation de l'astragale, c'est que je crois que nous devons dire combien nous intéresse la remarquable communication de M. Eug. Bœckel. On ne peut encore établir quels sont les cas où la tarsotomie prévaudra, ni ceux où l'extirpation de l'astragale rendra des services impossibles à attendre de la ténotomie; mais on peut affirmer qu'il y a là un grand progrès chirurgical qu'on a trop de tendance à nier.

A entendre certains chirurgiens, l'orthopédie donne tout: après elle il n'y a plus rien à désirer; les sections tendineuses forment le dernier terme des opérations utiles permises et inoffensives. M. Bœckel vous a bien rappelé, d'une part, que les appareils n'étaient pas toujours inoffensifs, et les sections tendineuses ont bien aussi leurs accidents, peu communs, je le veux bien, mais réels et même immortalisés dans un roman célèbre.

L'immobilisation du membre dans les appareils, et la longue durée du traitement sont de graves inconvénients : comparez-les aux résultats rapides et complets des grandes opérations. Enfin, n'observe-t-on pas bon nombre de sujets arrivés à l'état adulte sans avoir été traités et tout à fait impropres au traitement par les sections tendineuses.

On a pu être surpris que, dans une discussion récente à l'Académie de médecine, les assertions contraires aient été fort approuvées d'un grand nombre; que les grandes opérations osseuses pour la cure du pied-bot aient été traitées d'entreprises chirurgicales coupables venues d'outre-Rhin, et qu'il n'y ait eu de faites, sur ce sujet, que de timides réserves.

Notre excellent collègue et compatriote M. Bœckel vient de nous apporter une série de cas opérés et étudiés avec ce soin et cette sévérité chirurgicale qui lui sont propres. Il nous a dit ses raisons contre la tarsotomie et pour l'extirpation de l'astragale; nous devons nous féliciter d'avoir reçu la primeur d'un travail qui affirme le progrès de la chirurgie par ces opérations que la méthode de Lister a rendues possibles et sans danger.

M. Desprès. Je ferai ici une remarque semblable à celle que j'ai faite à propos de l'observation de M. Beauregard, c'est qu'il s'agisse d'une tarsotomie ou d'une extraction de l'astragale, il faut mettre le membre dans un appareil. Ces deux opérations ne seraient que des opérations préliminaires d'un traitement qui vise le redressement du pied; il donne de bons résultats, et, de ce côté, je ne vois pas d'objection. Mais il ne faut pas pour cela rejeter la ténotomie. Je trouve que M. Anger va trop loin. il y a des malades qui ne guérissent pas par les moyens qu'il préconise. Alors les pieds-bots deviennent invétérés et il n'y a plus de ressource que dans la tarsotomie. Mais j'insiste de nouveau sur ce point, l'ostéotomie est ici une opéra tion préliminaire au même titre que la ténotomie, et elle doit être comme celle-ci suivie d'un traitement orthopédique. En effet, M. Bœckel conseille une bottine en cuir moulé, pour maintenir le redressement obtenu.

Je trouve que M. Boeckel va trop loin lorsqu'il considère la lésion de l'astragale comme primitive. Je regarde la lésion osseuse comme une atrophie consécutive aux tractions exercées par les muscles, et je n'admets pas la théorie de Broca: celle de l'irrégularité de développement des os. Les os à la naissance ont une conformation régulière et je ne saurais admetre le pied-bot osseux d'emblée.

M. Chauvel. M. Bœckel a fait appel aux médecins militaires. Il est certain que dans les conseils de revision, nous voyons un grand nombre de pieds-bots, mais nous manquons de renseignements sur le traitement suivi. Je poserai à notre collègue une question relative aux fonctions du pied. Quel est le degré du mouvement, comment le malade marche-t-il, combien de temps sans fatigue, quel poids peut-il porter, etc.? Quant à la conservation de la longueur du membre, ce doit être un fait exceptionnel. Je ne connais que quatre cas d'extirpation de l'astragale, cela n'est pas suffisant pour établir un parallèle; je dois dire que j'ai une tendance à préférer la tarsotomie.

M. Polaillon. On a fait allusion à la manière dont la tarsotomie avait été accueillie à l'Académie de médecine. Il est évident que le promoteur de la ténotomie a protesté contre la tarsotomie, mais son opinion n'a pas été admise sans réserve, et M. Tillaux a défendu la tarsotomie cunéiforme. Ici, même, dans la Société de chirurgie,on a fait des réserves à l'occasion du travail de M. Beauregard, dont j'étais rapporteur. Les résultats étaient peu satisfaisants, notre expérience est fort limitée, peu d'entre nous ayant

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41,rue J.-J.-Rousseau. *Le gérant:* G. Masson.

pratiqué l'opération, la réserve nous était commandée. Aujourd'hui je me sens séduit par les faits de M. Bœckel, et je suis porté à pratiquer l'ablation de l'astragale, de préférence à la tarsotomie, chez les jeunes enfants.

M. Anger. M. Desprès dit que le pied-bot osseux est consécutif, mais s'il le veut bien, je lui ferai voir un pied-bot pris à la naissance; les lésions osseuses sont d'autant plus nettes que le pied du côté opposé, que j'ai aussi conservé comme terme de comparaison, est parfaitement sain.

M. Desprès. La question a été soulevée à la Société anatomique où on a apporté nombre de pièces, on a reconnu que les déformations osseuses étaient secondaires; qu'il n'y avait, en fait de lésions du squelette primitives, que des absences d'un ou plusieurs os, mais non des défauts de configuration.

M. Championnière. A mon collègue, M. Polaillon, dont je connais les opinions sur la matière, je rappellerai qu'il y a eu à l'Académie discussion, et que M. Tillaux seul a fait une réserve timide. Or, ce n'était pas une réserve timide qu'il fallait souhaiter en pareil cas, c'est une affirmation catégorique de la haute valeur et de l'innocuité d'opérations à appliquer au pied-bot, et à opposer aux prétentions universelles et injustifiés des orthopédistes et des chirurgiens qui ne veulent voir que les sections tendineuses et ligamenteuses à outrance dans la cure du pied-bot.



M. Sée. Il n'y a pas eu de discussion à l'Académie, il n'y avait donc pas occasion pour les membres compétents d'émettre leur manière de voir, et il n'y avait pas non plus matière à protestation de leur part devant des assertions sans appui.

M. Bœckel. Lorsque M. Anger aura lu le mémoire détaillé que j'ai déposé sur le bureau, il verra que la plupart des malades avaient été traités sans succès par les méthodes qu'il préconise, et que les résultats n'avaient pas été satisfaisants. En ce moment, je soigne aussi méthodiquement que possible, depuis sa naissance, un enfant de 4 ans; l'astragale n'est pas mobile, et je crains bien d'être bientôt obligé de l'enlever. Je suis d'avis qu'on doit recourir aux moyens orthopédiques, mais il y a une limite et dans bien des cas ils demeurent impuissants.

M. Després repousse la théorie de Broca. Il peut avoir raison, mais on ne peut nier l'existence des déformations osseuses, j'en ai vu chez un fœtus de 6 mois, très nettes, très caractérisées, on n'aurait pu redresser le pied sans déchirure; ces déformations

peuvent avoir été consécutives a des actions musculaires, ou à des pressions intra-utérines, c'est possible, mais leur existence n'est pas niable.

L'absence de diminution de longueur après ablation de l'astragale m'a étonné autant qu'elle étonne M. Chauvel; j'ai cru bien prendre mes mesures, il y a peut-être eu erreur, mais, en ce cas, l'erreur a été bien petite. Quant à la marche, je ne puis donner de renseignements suffisants. Un de mes malades est opéré depuis 4 ans, mais malgré son désir et celui de sa mère, je n'ai pu faire céder le père qui s'oppose à ce que l'autre pied, très difforme, soit opéré, en sorte que la marche reste défectueuse par le fait de l'infirmité non traitée. Mes autres malades sont opérés depuis trop peu de temps pour qu'ils soient considérés comme à la limite de l'effet curatif. Enfin, M. Polaillon pense que le pied-bot osseux chez l'adulte n'est pas justiciable de l'extirpation de l'astragale, mais un des opérés a 29 ans et il a été opéré aux deux pieds, un autre à dix-sept ans.

Élection.

La Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

Les candidats ont été classés par la commission, dans l'ordre suivant :

En 1re ligne : M. Blum.

En 2e ligne *ex æquo* : MM. Bouilly, Humbert, Reclus.

En 3e ligne : M. Kirmisson.

M. Reclus est élu au premier tour, par 16 voix sur 29 suffrages exprimés.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

CH. PÉRIER.

Séance du 25 avril 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. le D[r] Deneffe, de Gand, offre à la Société un travail intitulé : *Études médicales sur les eaux de Creuznach*;

3° M. Nicati, de Marseille, adresse deux observations de blessure de l'œil par des fusées d'artifice (rapporteur : M. Terrier);

4° M. Verneuil offre à la Société une thèse intitulée : *Étude sur la restauration de la lèvre inférieure. — Description d'un procédé* — par le D[r] G. Imbert, de Lyon;

5° M. Geurmomprez, de Lille, adresse un travail intitulé : *Étude sur les plaies des ouvriers en bois* (rapporteur : M. Delens);

6° M. Jeannel, de Vendôme, adresse : *Deux faits d'opération de fistule à l'anus, chez des tuberculeux. — Insuccès opératoires, succès thérapeutique* (rapporteur : M. Verneuil);

7° M. Dardignac, médecin-major, envoie deux observations : *Tumeur dermoïde du plancher buccal*; b) *Névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau* (rapporteur : M. Chauvel);

8° M. le président Guéniot présente de la part de M. Verrier, préparateur à la Faculté de médecine, *un moulage de palmature des doigts des mains et des pieds* (rapporteur : M. Polaillon).

M. le Président invite M. Reclus à prendre place au milieu de ses collègues.

M. le président annonce à la Société que M. le professeur Dénucé, de Bordeaux, et M. le D[r] Eug. Bœckel, de Strasbourg, membres correspondants, assistent à la séance.

Rapport.

Sur un cas de dermoïde oculaire,

par F. PONCET (de Cluny).

Messieurs,

Au nom d'une commission composée de : MM. Giraud-Teulon, Terrier, et de votre rapporteur, je viens vous rendre compte d'une observation de dermoïde congénital de l'œil, adressée par M. le Dr Brière, du Havre.

Cette observation, assez courte, est accompagnée d'une bonne photographie montrant mieux que toute description la forme et la place de la tumeur.

Voici le fait clinique de M. Brière :

Le 3 novembre 1882, on m'apporta un enfant âgé de 3 jours, du sexe féminin, pour une tumeur qui était placée sur la joue gauche, ayant le volume d'une noisette et attenante à l'œil gauche par un cordon rond, lisse et bien uni, ayant 2 millimètres de diamètre et un centimètre de longueur.

Voilà ce que le premier coup d'œil jeté sur l'enfant me permit de constater.

Les paupières de l'œil gauche, gênées par la présence du cordon qui allait à la tumeur, se fermaient spasmodiquement et l'enfant cherchait, avec sa petite main, à se débarrasser de ce qui roulait sur sa joue.

Pour examiner l'origine du cordon sur l'œil, je fis tenir l'enfant couché sur le dos et sur les genoux de sa mère, la tête entre mes genoux et j'écartai doucement les paupières avec deux blépharostats.

L'œil est mal conformé. Tandis que l'œil droit est sain et normal, le gauche montre les anomalies suivantes :

On ne trouve que la moitié interne de la cornée, pas même la moitié ; je serais plus exact en disant que le tiers interne seul de la cornée existe. Derrière, une portion de chambre antérieure très étroite, fermée par un segment d'iris, représentant aussi le tiers de la totalité d'une surface d'iris.

Je cherche en vain la pupille. Il n'y en a pas. Les fibres de l'iris ont bien la disparition radiée des iris complets ; mais le sphincter du petit cercle fait défaut.

Impossible de découvrir la moitié externe de l'œil. Un stylet mousse rencontre un cul-de-sac en haut et en bas, quand on veut parcourir les replis de la conjonctive en dehors.

Il n'y a pas de cul-de-sac conjonctival externe. C'est un tissu charnu, épais et très vasculaire qui en tient lieu. Ce tissu qui ressemble à celui des ptérygions est rayé à sa surface, comme tiraillé par la tumeur et forme contre la partie externe de l'œil un entonnoir à base vers l'orbite, le sommet se terminant par le cordon qui réunit la tumeur à la tête de l'enfant.

Cette tumeur dont j'ai déjà parlé, a la forme d'une petite poire. Elle ressemble absolument à ce fruit, quand il est visible, après la chute des fleurs.

Les dimensions sont : 18 millimètres de longueur;

12 millimètres de diamètre.

J'ai fait photographier ce jeune enfant le jour même du premier examen.

En le faisant têter avant de poser, il a été tranquille et le photographe a pu en prendre une bonne épreuve.

Puis j'ai placé deux fils sur le cordon à 4 millimètres l'un de l'autre et j'ai divisé le cordon entre les deux fils, par un seul coup de ciseaux.

Ce qui prouve que ce prolongement sortant de l'œil était doué de filets nerveux sensitifs. C'est que l'enfant poussa un cri de douleur, sur le coup de ciseaux. Mais il se calma bien vite. Cette petite fille vit et se développe bien.

En résumé, M. Brière, bien qu'il n'ait pas voulu poser le diagnostic complet de cette tumeur, a rencontré un de ces cas de dermoïdes oculaires aujourd'hui assez fréquents et bien étudiés dans deux mémoires récents de von Duyse et Wiwam.

Un point reste obscur dans la description de M. Brière, c'est la disposition de l'iris dont il n'a pu suivre sur un enfant aussi jeune, la conformation dans la moitié externe. En sorte que nous ignorons si avec la petite tumeur il n'existe pas dans les membranes profondes des lésions concomitantes.

J'ai fait l'analyse histologique de ce dermoïde dont M. Brière m'avait adressé une moitié. Elle avait la forme d'une petite poire coupée en 2, suivant la longueur. La tumeur est constituée par une enveloppe de peau, contenant une substance fibreuse très épaisse. Les coupes nombreuses faites à toutes les hauteurs, n'ont démontré ni sur le pourtour, ni à sa base, aucune adhérence, ni aucune dénudation du derme. — Le revêtement épithélial, très tendre est uniforme, régulier, continu, lisse. Au microscope, il est sans dépressions papillaires prononcées ; les prolongements épithéliaux profonds n'existent qu'au niveau des glandes. Dans cet épiderme, tous les éléments sont jeunes, à gros noyaux, et sans le très mince

liseré corné on dirait qu'il s'agit d'une simple muqueuse à épithélium pavimenteux.

Cependant de l'épithélium de revêtement partent :

1° *Des follicules pileux avec des glandes sébacées;*

2° *Des glandes sudoripares.*

Ces deux genres d'organes sont très abondants ; mais leurs parois sont riches en noyaux ; la graisse est peu développée, soit dans les culs-de-sac sébacés, soit autour des replis des glandes sudoripares.

Cette portion de la peau est donc celle d'un enfant ; elle abonde en éléments qui ne sont pas encore arrivés à leur développement parfait.

Le derme qui forme la masse de la tumeur est formé de faisceaux irrégulièrement disposés et imbriqués les uns dans les autres.

Dans le petit pédicule en cordon adhérent à la paupière, et jusqu'à la base, existaient une artériole, une veine et un gros tronc nerveux divisé en 3 ou 4 fascicules. Nous n'avons pas pu suivre la division du tronc nerveux dans l'épiderme, la pièce ayant séjourné trop longtemps dans l'alcool; mais le volume même du tronc permet d'affirmer sa ramification à l'épiderme. Les fibres des gros faisceaux étaient formées d'un cylindre-axe avec une enveloppe de myéline, peu épaisse. Dans les coupes transversales, la quantité d'éléments nucléaires entre les faisceaux nerveux indiquait ainsi un développement inachevé de la névroglie.

Nous trouvons donc dans cette tumeur tous les éléments constitutifs de la peau, nerfs, vaisseaux, poils, follicules sébacés, glandes sudoripares, organes ayant encore conservé quelques-uns de leurs caractères de l'étal fœtal.

Sur aucun point nous n'avons pu rencontrer trace d'une adhérence directe du derme avec une autre partie voisine.

Le diagnostic clinique est donc confirmé par l'histologie.

Mais quel est le mode de formation de ce dermoïde ? Appartient-il à la série de ces petites tumeurs lenticulaires sessiles, qui sont fréquentes aux environs de la cornée? Peut-il être considéré comme une variété de ces longues brides signalées dans ces derniers temps sur deux observations remarquables de MM. Polaillon et Bruns?

Telles sont les questions qui doivent être posées en présence de ce fait.

Or, il paraît aujourd'hui démontré, que la théorie qui rattache la formation des dermoïdes à l'existence de brides établies entre l'amnios et la surface fœtale, est la plus rationnelle, parce qu'elle donne une explication satisfaisante de toutes les variétés connues

de ces anomalies, qu'ils appartiennent à l'œil ou aux autres parties du corps.

En effet, ces petites tumeurs de la cornée s'accompagnant souvent de coloboma des paupières, Manz avait pensé que la transformation cutanée d'un point de la conjonctive suffisait pour arrêter le développement palpébral. Mais alors comment expliquer avec cette simple modification d'un point de la muqueuse, ces longues brides souvent multiples, et ces déformations des régions voisines ?

Pour Ryba et Ruel, le coloboma est au contraire le fait initial, dont l'existence amène la transformation cutanée d'une partie de la muqueuse. Mais comment comprendre la formation du coloboma, quand le dermoïde est sur la paupière même, et que la conjonctive est restée saine.

La théorie des adhérences du capuchon amniotique avec les différentes régions du fœtus donne au contraire satisfaction à toutes les variétés de tumeurs, et de malformations rencontrées jusqu'ici.

Sous l'influence d'une lésion de nutrition dans les enveloppes de l'œuf, choc, refroidissement, inflammation, un point de la face interne de l'amnios se soude à un autre, point saillant du fœtus; dans notre cas spécial, c'est la partie proéminente de la cornée, avant la fin du troisième mois de la vie intra-utérine, au moment où les bourgeons palpébraux vont se porter à la rencontre l'un de l'autre. Cette adhérence s'élève peu à peu et forme une véritable bride. C'est ici que doit être indiquée l'opinion presentée par M. Vanaux. D'après lui, au moment où le voile palpébral arrive au contact de la bride, il se fait une soudure de ce bourgeon mésodermique avec la bride. Ce détail est important, car il nous permet bien de comprendre la vitalité nouvelle du dermoïde qui devient alors plus résistant qu'un simple filament, et acquiert de ce fait une vitalité particulière.

Il est aisé dès lors de suivre toutes les conséquences de cette anomalie ; si l'adhérence se rompt vite, nous avons une petite tumeur plate, lenticulaire, avec ou sans coloboma palpébral. Si la bride s'étend, se consolide, elle peut par sa simple résistance diviser les régions voisines, s'opposer à la réunion des arcs voisins. comme dans les faits si remarquables de MM. Polaillon, Bruns et Lannelongue.

Dans l'observation de M. Brière, l'adhérence s'est produite entre l'amnios et la région externe de la cornée gauche ; elle s'est rompue sans avoir amené de division du voile palpébral, et après sa séparation dans l'enveloppe fœtale, elle a continué son développement.

Nous avons vu qu'elle était munie de vaisseaux et d'une forte branche nerveuse. Signalons à ce propos que tous les organes de

nutrition ne viennent donc pas seulement du bourgeon palpébral, mais aussi de la conjonctive bulbaire.

Du reste il paraît encore démontré, que ces tumeurs dermoïdes congénitales peuvent, sous des influences diverses, prendre un développement propre et même récidiver.

M. Brière vous a simplement adressé son observation, sans entrer dans les explications relatives à la nature et à la genèse de cette tumeur, qui offre un réel intérêt parce qu'elle est un intermédiaire rare, mais prévu, entre le dermoïde sessile et les brides allongées de même origine. J'ai l'honneur de vous proposer d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son mémoire dans vos archives.

Lecture.

M. Beauregard (du Havre) lit un rapport intitulé : *De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement, et présente un malade qu'il a opéré.*

Renvoi à une commission composée de MM. Anger Nicaise et Chauvel, rapporteurs.

Discussion sur la descendance syphilitique du rachitisme.

M. Magitot. Messieurs, la question de la descendance syphilitique du rachitisme si magistralement posée devant la Société, par M. Parrot, semble avoir reçu déjà, dans l'une de nos dernières séances, un commencement de solution.

A la doctrine savamment édifiée par l'éminent professeur, plusieurs de nos collègues ont déjà opposé des arguments d'une valeur et d'une portée considérables : Tandis que M. Cazin, avec sa grande autorité, combat par des preuves cliniques l'idée de parenté entre la syphilis et le rachitisme, MM. Desprès, Horteloup, Lucas-Championnère, protestent contre la valeur semiologique des stigmates cutanés et muqueux et même des lésions osseuses supposées caractéristiques de syphilis héréditaire. Il n'est pas jusqu'à des preuves de l'ordre thérapeutique qui ne nous aient été fournies par M. Cazin [1].

Si donc, les objections exprimées dans cette enceinte étaient dé-

[1] Voyez *Bulletin de la Société*, 1883, *p.*

finitivement acquises à la science, il ne resterait guère plus à l'actif de la théorie de M. Parrot que les signes tirés des lésions trophiques des dents sillons, cannelures, etc., qui, dans sa pensée, seraient absolument caractéristiques de syphilis héréditaire, puisqu'il les désigne sous le nom de *syphilis dentaire*.

Or, je viens à mon tour essayer de démontrer devant vous que l'érosion des dents telle que la décrivent MM. Hutchinson et Parrot, ne représente nullement un caractère de syphilis héréditaire.

Je serai bref, Messieurs, car je n'aurai qu'à résumer les traits principaux d'une polémique engagée déjà depuis plusieurs années entre mon savant maître et moi : d'abord au congrès de Reims, en 1880, puis au congrès de Londres, en 1881, dans la presse médicale, à la société d'anthropologie, etc. [1]

Je me bornerai donc dans cette communication à aborder les trois problèmes suivants :

A L'érosion des dents est-elle, comme l'affirme M. Parrot, un signe caractéristique et indéniable de syphilis héréditaire?

B La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions reconnaissables et quel est le caractère de celle-ci ?

C Quelles sont les causes et la nature de l'érosion?

Sur la première question de la nature prétendue syphilitique de l'érosion, voici mes arguments :

1° Des sujets notoirement affectés de syphilis héréditaire n'offrent pas l'érosion caractéristique. Ici, les témoignages abondent : MM. Cazin et Horteloup ont été on ne peut plus affirmatifs, M. Alfred Fournier ne l'est pas moins, lorsqu'il déclare qu'il n'a jamais réussi à saisir cette relation entre la syphilis et l'érosion.

Pour ce qui nous concerne, nous avons trouvé à ajouter un argument d'un ordre plus général, une preuve ethnique : On sait en effet, depuis les travaux d'Arnould, de Leclerc, de Rollet, que la syphilis serait endémique, chez les kabyles d'Algérie, tandis que nos observations les plus minutieuses entreprises à Fort-National, en 1881, sur les tribus les plus fréquemment atteintes de lèpre kabyle, c'est-à-dire de syphilis, l'érosion ne s'y observait pas.

Il est bien d'autres races ou la syphilis est très répandue, la Chine, le Japon, le Mexique, le Pérou, etc. A cet égard, les renseignements analogues nous manquent, mais à défaut d'observations directes nous pouvons consulter dans nos collections publiques

[1] Congrès de l'association française pour l'avancement des sciences, Reims, 1880. (*Transaction of International Medical congres.*) *London* 1881, t. IV, p. 35 et 128. *Gazette des hôpitaux*, 1880, p. 843, et 1881, p. 891, 908, 930 et 955. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1883, p. 209 et 266. *Bulletin de la société d'anthropologie*, 1883, *séance du 24 avril*.

les crânes en assez grand nombre, provenant soit de races contemporaines, soit des époques plus ou moins anciennes. Ces pièces ne portent pas d'érosions.

Je sais bien qu'il existe une certaine mâchoire humaine ancienne, sur laquelle M. Parrot et moi avons longtemps disserté. C'est le maxillaire inférieur d'un jeune franc, de l'époque gallo-romaine qui présente un double sillon d'érosion des plus caractérisé. M. Parrot n'hésite pas à y affirmer la syphilis malgré l'intégrité absolue du tissu osseux. Mais je demande en vérité ce que peut prouver une telle pièce en l'absence de tous renseignements sur les maladies intercurrentes de la première enfance. C'est un objet sans aucune valeur seméiologique.

2° Des sujets affectés d'érosion dentaire, prétendue caractéristique de syphilis héréditaire, ont pu contracter un chancre infectant, alors que, si l'érosion prouvait l'existence de la syphilis, les sujets devraient être réfractaires. Tel est l'exemple rappelé par M. Horteloup et qui fut observé par M. Parrot et par moi-même.

3° Un grand nombre de sujets, chez lesquels l'enquête la plus minutieuse n'a pu réussir à retrouver la syphilis, étaient porteurs d'érosion manifeste. Les exemples abondent de toutes parts et nous en avons recueilli nous-mêmes un nombre considérable dont quarante ont été communiqués au Congrès de Londres, en 1881.

4° L'érosion des dents se retrouve avec les caractères de netteté et de précision parfaites chez des animaux que la syphilis n'atteint pas. Telle est la mâchoire du bœuf dont deux incisives sont frappées d'érosion; telle encore, une autre pièce que vient de découvrir M. Capitan, une mâchoire de chien portant l'érosion symétrique la plus évidente [1].

Sur la seconde question : La syphilis héréditaire imprime-t-elle à l'appareil dentaire des lésions trophiques appréciables, je réponds : oui, assurément, la syphilis infantile exerce sur l'évolution des dents comme sur celle de bien d'autres organes, en voie de formation embryonnaire, une influence considérable, mais ce n'est pas sous l'une des formes quelconques de l'érosion que cette influence se manifeste. Je dirai plus, la syphilis héréditaire me semble incapable de produire cette lésion si spéciale, cupules, sillons, échancrures caractéristiques de l'érosion.

Considérons par exemple, l'un des types, le sillon simple qui est dû essentiellement à l'arrêt du développement de l'ivoire et de l'émail, tandis qu'au dessous et au-dessus de lui les tissus ont leur structure normale. L'interruption a donc été non seulement brusque, subite, mais temporaire. Son niveau et sa hauteur représentent

[1] *Bulletin de la Société d'anthropologie*. Séance du 24 avril 1883.

d'ailleurs exactement à la fois l'époque d'invasion et la durée de l'influence perturbatrice. Or, je le demande, un sujet syphilitique qui, dès la période fœtale, suivant M. Parrot, et pendant la première année de la vie est, d'une façon permanente, en puissance de syphilis, peut-il présenter cette lésion de l'érosion, de caractère à la fois si brusque et de si courte durée.

Le rôle de la syphilis infantile est tout autre et nous le retrouvons d'ailleurs identique pour toutes les diathèses en général. Il a été parfaitement reconnu et décrit depuis longtemps par un grand nombre d'auteurs chez les enfants, attardés, scrofuleux, chez les idiots et surtout chez les rachitiques.

On y trouve les dents petites, difformes, ordinairement conoïdes, de constitution anatomique et chimique défectueuse et de plus, apparaissant irrégulièrement et tardivement. Elles sont ainsi frappées, avec des anomalies d'éruption et de nombre, d'une sorte de dégradation morphologique qui peut se traduire par deux mots, *nanisme* et *amorphisme*.

J'arrive maintenant au troisième et dernier problème que je me suis posé : quelles sont les causes et le mécanisme de l'érosion ?

Au sujet du mécanisme, nous n'avons pas à y revenir : Il s'agit bien ici d'un trouble ou d'un arrêt dans le développement de deux tissus, l'émail et l'ivoire, laissant des traces irréparables et indélébiles, anomalies de nutrition *dystrophie*, mais non point *atrophie*, ainsi que le voudrait M. Parrot.

En ce qui concerne les causes, ce que je viens de dire sur les conditions nécessaires à la production d'une lésion telle que l'érosion, nous conduit sur la voie où il faut en rechercher la pathogénie.

Quelles sont donc les affections de l'enfance qui présentent le plus nettement les conditions d'apparition subite et de perturbation grave de la nutrition au milieu de la période d'évolution la plus normale, phénomènes suivis à leur tour, après ce temps d'arrêt, du rétablissement également brusque et complet de l'état physiologique.

Nous ne voyons, en vérité, qu'une seule classe d'affections ayant une physionomie aussi caractérisée, ce sont les affections à forme convulsive, c'est-à-dire *l'éclampsie infantile.*

Je sais bien que M. Parrot, repoussant systématiquement cette manière de voir, nous objecte qu'une attaque convulsive est incapable de produire l'érosion. Assurément oui, si l'on considère l'attaque en elle-même. Aussi n'est-ce pas elle que nous avons songé à incriminer, mais bien l'état profondément troublé du système nerveux, dont la crise éclamptique n'est que la manifestation extérieure. Ne sait-on pas d'ailleurs, que l'éclampsie infantile n'appa-

raît presque jamais sous forme d'attaque unique et isolée, mais en série de crises plus ou moins nombreuses, durant, dans leur ensemble, plusieurs heures, plusieurs jours, plusieurs semaines, parfois même plusieurs mois ? En outre, en peut-on nier la gravité, alors que l'éclampsie cause si souvent la mort ou qu'elle laisse après elle les plus grands désordres : le strabisme, la surdi-mutité, les contractures, l'idictie. Quoi d'étonnant qu'un tel état puisse affecter les dents dont l'évolution est contemporaine de ces périodes de crises !

Cette explication, du reste, ne saurait être mise en doute en présence des preuves de toute sorte sur lesquelles elle s'appuie : preuves historiques d'abord, car c'était une vérité banale pour les anciens auteurs, Fauchard, Jourdain, etc., que l'origine éclamptique de l'érosion, explication à laquelle se sont rallié MM Castanié, Quinet, Rattier et, enfin, Broca ; preuves cliniques ensuite, car les observations sont innombrables qui établissent cette relation indubitable entre l'éclampsie et l'érosion, en l'absence de toute autre intervention morbide. C'est ainsi que nous avons présenté au congrès de Londres les 40 observations dont nous avons parlé et qui ne laissent aucun doute sur ce point de pathogénie spéciale.

Broca, cependant, n'avait point accepté d'abord notre manière de voir et s'était rattaché à l'opinion que des affections diverses de la première enfance étaient susceptibles de causer l'érosion, mais plus tard il s'est déclaré complètement partisan de l'origine éclamptique, lorsqu'il émit son hypothèse bien connue sur le but que se proposaient les chirurgiens de l'époque néolithique, lorsqu'ils pratiquaient la trépanation crânienne.

On sait, en effet, que l'opération s'effectuait chez les enfants en bas âge et non chez les adultes. Plusieurs des crânes porteurs d'ouvertures étaient adultes, il est vrai, mais l'état de la réparation cicatricielle indiquait que l'opération remontait à l'enfance.

D'autre part, certains rapprochements historiques et ethniques vinrent confirmer Broca dans cette idée que la trépanation à l'époque préhistorique était dirigée contre les affections convulsives.

Une démonstration lui manquait encore, c'était la coexistence de la trépanation préhistorique et de l'érosion symptomatique de l'éclampsie infantile. Elle lui fut fournie de la manière la plus positive, quand nous retrouvâmes ensemble dans les sépultures et les gisements des crânes trépanés des dents frappées de la lésion caractéristique.

De ce qui précède, je crois pouvoir déduire les conclusions suivantes :

1° L'érosion des dents, dans les formes décrites par MM. Hut-

chinson et Parrot, n'est nullement caractéristique de syphilis héréditaire ;

2° La syphilis héréditaire imprime aux dents des lésions spéciales, communes d'ailleurs à toutes les diathèses en général, et qui se traduisent par un ou plusieurs des états suivants : *réduction numérique*, *retards d'éruption*, *nanisme*, *amorphisme*, mais non par *l'érosion*.

3° La cause de l'érosion dentaire réside dans certaines affections du premier âge, avec troubles du système nerveux et de la nutrition générale, et plus particulièrement les états à forme convulsive, l'éclampsie infantile.

Discussion.

M. Championnière Sur le premier point établi par M. Magitot à savoir que les érosions dentaires ne sont pas le propre de la syphilis, nous sommes absolument d'accord. Mais je ne puis accepter son interprétation en ce qui concerne l'éclampsie.

Voyons d'abord les arguments tirés de la clinique.

J'avoue pour ma part, ne guère connaître les états éclamptiques des enfants, qui se prolongent des semaines et des mois et guérissent en fin de compte. L'éclampsie infantile n'est pas une maladie c'est un symptôme ; quand il est très répété, la mort survient d'ordinaire surtout avec tuberculose des méninges.

Quelques cas graves d'éclampsie *sine materia* peuvent entraîner la mort. Mais l'éclampsie qui guérit est d'ordinaire une manifestation fugace très passagère et l'on s'explique bien mal comment elle pourrait déterminer chez l'enfant un vice de nutrition assez profond pour se traduire par l'arrêt de développement du bulbe dentaire. M. Magitot affirme que les gens qu'il avait observés avaient dans l'enfance eu des convulsions, je ne dis pas non ; les convulsions ne pouvaient les mettre à l'abri de l'érosion dentaire ; mais il est probable que les enfants avaient dû souffrir d'une nutrition vicieuse dans la première enfance.

Il faut bien le savoir et preciser les époques ; rien de tout cela n'est indifférent. Il y a une période du développement de l'enfant répondant surtout au cours de la première et de la seconde année qui est la période de formation du follicule dentaire. Si dans cette période la nutrition est défectueuse pour des causes très diverses, maladies longues, syphilis, mais surtout alimentation défectueuse, l'organe de l'émail imparfaitement constitué laisse à découvert les cannelures et les pointes d'une dent mal développée. C'était là l'opinion première de Broca, et je reste convaincu qu'elle est la bonne. Je puis citer un cas sans syphilis, ni éclampsie d'une jeune

fille dont les deux sœurs ont de superbes dents; son alimentation de la première enfance fut très défectueuse; dans un autre, cas il sagissait d'une femme superbe qui seule de quatre enfants, avait les dents caractéristiques, seule aussi elle avait été nourrie au biberon; d'autres avaient eu la diarrhée constamment au cours de la première ou de la seconde année.

Mais qu'on ne s'y trompe pas, si le vice de nutrition vient plus tard, comme il arrive souvent pour le rachitisme, on verra des déformations osseuses et point de déformations dentaires comme nous le disions l'autre jour.

Ainsi tous les vices de nutrition dans une période de première enfance en seront l'origine, mais pourvu qu'ils aient duré, c'est pour cela que l'éclampsie infantile nous paraît inapte à provoquer seule les érosions.

Broca qui professait d'abord cette opinion très conforme aux remarques cliniques me paraît avoir été entraîné vers une autre opinion, à cause d'un autre fait et d'une explication anthropologique qu'il avait adoptée beaucoup trop exclusive.

Il avait cherché à retrouver le procédé qu'employaient les hommes de l'âge de pierre pour trépaner avec un silex et il était convaincu que ce procédé était le grattage. Or, le grattage n'est pratique que chez les enfants. Il en avait conclu que la trépanation n'était faite par les sauvages que chez l'enfant. Comme certains crânes se prêtaient à cette opinion, parce qu'ils s'étaient développés après la trépanation, il a admis après en avoir vu un, je crois, qui portait des dents érodées, que cette érosion était le signe de l'éclampsie qui avait motivé la trépanation.

Mais cette explication très spécieuse péche par la base. Les crânes trépanés sont nombreux et la trépanation a été certainement faite souvent chez l'adulte, chez celui-ci elle est parfaitement possible par un procédé qu'emploient encore certains Kabyles de l'Aurès, avec une pointe de métal il est vrai. Mais je l'ai pratiqué sur un crâne adulte avec un silex non taillé, cassé et en moins d'une demi-heure. Le procédé consiste à circonscrire par des perforations successives la rondelle à enlever, et à réunir entre elles par grattage les perforations très rapprochées, j'ai montré le crâne et le procédé à mon regretté maître qui l'a considéré avec l'air d'un homme bien décidé à conserver son siège fait.

Les Kabyles de l'Aurès ont conservé intactes les habitudes préhistoriques de la trépanation, ils ne la pratiquent pas tous par le procédé que j'ai indiqué, mais ils la pratiquent tous sur l'adulte et fréquemment.

En 1880, j'ai causé par l'intermédiaire d'un Cheik, à Sidi Ocbah au sud de Biskra, avec un Toubib, de qui j'ai appris qu'ils prati-

quaient très souvent la trépanation. Les convulsions sont une indication; il y en a bien d'autres, une simple douleur de tête, et les occasions sont si communes que ce Toubib me promettait, si je voulais rester 48 heures de plus à Biskra, de trouver un patient à trépaner devant moi ; malheureusement mon départ était fixé. Lui-même homme d'une trentaine d'années avait été trépané 4 fois par son père. Il portait en effet plusieurs cicatrices dont l'une fort large permettait de sentir les battements du cerveau. Il pratiquait la trépanation carrée, comme celle observée sur les crânes du Pérou, à l'aide d'une sorte de petite scie passant à maintes reprises dans la même rainure.

Ainsi l'observation des conservateurs de la tradition préhistori-, aussi bien que l'étude judicieuse de la clinique, nous amènent à rejeter l'opinion exclusive par laquelle M. Magitot attribue à l'éclampsie infantile les érosions dentaires.

M. Sée. Je me rattache aux idées qui viennent d'être émises en ce qui concerne les rapports entre la syphilis et les altérations des dents. Quand on examine les pièces que nous présente M. Magitot, on ne peut se défendre d'établir une comparaison entre ce vice de production de l'émail, et le sillon des ongles qu'on remarque après la convalescence des grandes maladies. La différence c'est que par suite de l'accroissement des ongles, le sillon gagne peu à peu l'extrémité libre et disparaît, tandis que l'altération dentaire subsiste indéfiniment.

La cause me paraît devoir être la même, une maladie générale qui peut bien être la syphilis, mais aussi ne pas l'être, il suffit qu'elle trouble gravement la nutrition.

M. Desprès. M. Magitot attache une grande valeur aux convulsions de l'enfance, Mais il y a des enfants qui ont des dents érodées et qui n'ont jamais eu de convulsions, il en est chez lesquels on ne trouve même pas une maladie grave antérieure. J'ai vu un enfant chez lequel on ne trouvait comme explication possible que d'avoir été élevé d'abord au biberon, puis au sein, puis de nouveau au biberon, c'est-à-dire d'avoir été péniblement élevé. Dans certains cas j'ai été amené à rechercher une cause chez les ascendants : Dans une famille de quatre enfants, dont un seul avait les dents érodées, j'ai su que la mère avait eu la fièvre typhoïde peu de temps avant d'être devenue grosse de cet enfant. Comme mes deux collègues, je pense qu'une maladie quelconque, pourvu qu'elle soit de longue durée, peut altérer les dents.

M. Championnière. J'ajouterai un mot dans le même ordre d'idées, j'ai vu une nourrice de belle stature qui s'était toujours bien portée,

elle avait les dents érodées, tandis que ses frères et sœurs au nombre de quatre, comme elle très bien constitués, avaient au contraire des dents saines; ils avaient été élevés au sein, elle seule avait été élevée au biberon. Il faut aussi retenir que c'est seulement pendant la première période de la vie, surtout la première année, que les maladies peuvent avoir une action sur l'évolution des dents, je vous en ai cité un exemple très net.

M. Magitot. Je vois qu'il y a accord sur un point, c'est que l'érosion dentaire n'est pas caractéristique de la syphilis, j'en prends acte. Quant aux objections à mon opinion, je prie ceux qui me les font de parcourir mon relevé de quarante observations, où je n'ai trouvé comme maladie antérieure que des convulsions de l'enfance. Toujours le degré de lésion s'est trouvé proportionné à l'intensité et à la fréquence des attaques convulsives. S'il y a des observations où les renseignements sont insuffisants, je puis vous en citer où ils sont d'une netteté qui défie les objections. Ainsi une famille est composée de six personnes, le père est bien constitué, la mère a eu onze enfants dont sept sont morts à la suite de convulsions. Quatre sont vivants, l'aîné a 19 ans, le second 16 ans, ils n'ont d'érosion ni l'un ni l'autre. Le troisième à 12 ans. Dès l'âge de 4 mois jusqu'à 3 ans, il a eu des convulsions si intenses et si répétées que la mère pensait le perdre comme elle avait perdu les autres; voyez le moulage de ses dents, la pièce est des plus nettes, il n'y a pas à s'y méprendre. Le quatrième enfant, une fille de 8 ans, n'a pas eu de convulsions, mais elle a été malade pendant les quatre premières années de sa vie, d'après les renseignements recueillis, elle aurait eu le carreau, des affections cutanées, de l'eczéma, etc., c'est tout au moins une scrofuleuse, peut-être une syphilitique; voyez ses dents, elles sont mal développées, mais elles ne ressemblent pas à celles de son frère, ce sont bien les dents qu'on observe chez les diathésiques, mais non celles qui sont dues aux convulsions de l'enfance.

M. Després. Je crois que M. Magitot, prend l'effet pour la cause, je ne crois pas que ce soient les convulsions qui influent sur l'évolution dentaire, mais bien au contraire que c'est l'évolution des dents qui produit les convulsions.

M. Magitot. M. Després soulève ici la question des convulsions dans leurs rapports avec la dentition, c'est un ordre d'idées différent et où je ne puis le suivre; mais je répète que d'après les relevés que je vous soumets vous pouvez voir que c'est une vérité banale qu'un enfant affecté d'érosion dentaire a eu des convulsions.

M. Guéniot. La démonstration de M. Magitot serait suffisante s'il pouvait nous démontrer que tous les enfants qui ont eu des convulsions ont des érosions dentaires. Si, au contraire, on peut lui montrer une série d'enfants, qui ont eu des convulsions dans l'âge du développement des dents, sans avoir eu d'altération dentaire, on fera perdre une grande valeur à l'ensemble des faits qu'il a réunis.

M. Magitot. Est-ce qu'une maladie produit constamment les mêmes effets? certainement non ; il n'y a donc rien de surprenant à ce que les convulsions n'aient quelquefois pas une action appréciable sur les dents mais ; chez les sujets porteurs d'érosion vraie, on trouvera l'éclampsie.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 2 mai 1883.

Présidence de M. Guéniot

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine ;*

2° *Discours prononcés sur la tombe de* M. le professeur Lasègue ;

3° M. Chauvel offre de la part de M. Badel, professeur de clinique ophtalmologique à la faculté de Bordeaux, un volume intitulé : *Leçons sur l'opération de la cataracte.*

Discussion sur l'action que le traumatisme exerce sur les états pathologiques antérieurs.

M. Berger. Il me semble que la discussion s'est écartée du sujet que M. Verneuil avait soumis à votre appréciation. — Il ne s'agit

point, en effet, d'envisager l'influence queles affections organiques ou les états pathologiques antérieurs peuvent avoir sur la marche et les terminaisons des lésions traumatiques qui viennent accidentellement s'y joindre : — Il ne s'agit même pas de savoir si le traumatisme peut réveiller une disposition jusqu'alors latente, et provoquer ces rappels de diathèse dont les exemples sont aujourd'hui connus de tous les chirurgiens : la proposition où se résument les conclusions que M. Verneuil vous a présentées, me paraît pouvoir se formuler de la façon suivante : « Chez un sujet atteint d'une « lésion viscérale, d'une tare organique, d'une dyscrasie, en un mot « d'une propathie, d'une affection pathologique antérieure, une « opération, un traumatisme quelle que soit sa nature, peuvent « déterminer une aggravation rapide et compromettante pour la « vie, de cette lésion, de cet état, de cette affection. »

Je n'eusse pas pris la parole pour apporter à l'appui de cette thèse les résultats de ma courte pratique, si je n'y avais été contraint par la nécessité de compléter une observation recueillie dans mon service, citée par M. Verneuil dans son rapport, et contestée depuis par ceux de nos collègues qui ont pris la parole; j'espère pouvoir lever les doutes qu'elle a laissés à MM. Trélat et Després, mais auparavant vous me permettrez de vous retracer quelques faits, que je n'eusse probablement jamais publiés tant la conséquence qui en découle, me paraissait chose démontrée et presque banale, si la discussion présente ne faisait ressortir la nécessité de revenir encore et d'insister sur ces rapports du traumatisme avec l'altération préexistante de la santé.

Les observations que j'apporte ont trait à l'influence du traumatisme sur l'évolution de certaines diathèses, telles que la diathèse tuberculeuse et la diathèse cancéreuse : — à l'action qu'il exerce sur la marche de certaines lésions affectant des viscères importants, tels que le foie et les reins : — sur l'aggravation de la glycosurie et les troubles qu'elle entraîne dans le diabète. Je passe sommairement en revue chacun de ces points.

Il n'est personne qui n'ait été à même de constater l'extrême simplicité avec laquelle évoluent les plaies opératoires chez *les tuberculeux*; ces plaies restent presque toujours exemptes de complications et la seule que l'on observe communément, est une lenteur particulière de la cicatrisation qui après avoir marché normalement au début, se ralentit, s'attarde et finit quelquefois par s'arrêter tout à fait : mais d'autre part il me paraît certain que ceux de ces malades qui sont atteints de lésions pulmonaires, après une amélioration passagère consécutive à l'opération, voient fréquemment ces lésions suivre une marche plus rapide à partir de ce moment, et qu'ils succombent plus rapidement à la phtisie pulmo-

naire que si on avait abandonné à elle-même l'affection locale qui a déterminé l'intervention. Voici quelques exemples de cette aggravation de la tuberculisation pulmonaire, produits par l'amputation d'un membre atteint de tumeur blanche.

Obs. I. — Renouard, Josephine, âgée de 40 ans, est atteinte d'une tumeur blanche au genou depuis l'année 1875. Elle entre, en 1876, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié, salle Saint-Augustin, nº 5.—A ce moment elle présente une arthrite fongueuse suppurée avec fistules articulaires et périarticulaires ; on observe au pied droit les restes d'une ostéite ancienne. La tuberculisation pulmonaire est certaine, et il existe un commencement de ramollissement aux sommets des poumons.

En raison des douleurs intolérables que présente la malade dont le membre ne peut être redressé ni maintenu par aucun appareil inamovible, je me décidai à pratiquer, le 24 août 1876, l'amputation de la cuisse. La fièvre traumatique fut des plus modérées (la température n'atteignit jamais 39º), et quand je retirai, au bout de 21 jours, l'appareil ouaté de Guérin dans lequel j'avais enfermé le moignon, je trouvai la plaie cicatrisée, sauf une petite surface triangulaire qui ne fût recouverte par l'épidermisation que vers le 12 octobre, plus de sept semaines après l'opération. — L'état de la poitrine paraissait s'être amélioré ; mais l'observation porte qu'au mois de novembre la malade voulut retourner chez elle, désirant ne pas mourir à l'hôpital : l'aggravation de l'état pulmonaire était extrême et la mort imminente.

Obs. II. — Chevalier, Léon, est entré à la Pitié, dans le service de M. Verneuil, le 21 mars 1876, pour une tumeur blanche suppurée du genou gauche. — Il est atteint de tuberculisation pulmonaire avec cavernes, et présente depuis plusieurs mois de la fièvre hectique. Je l'ampute le 9 août 1876 ; l'appareil ouaté est maintenu jusqu'au 30, sans qu'il se produise de fièvre traumatique notable ; à cette époque la cicasation est presque complète, néanmoins elle traîne, à partir de ce moment, pendant près de deux mois. L'état fonctionnel, l'expectoration, la toux, la fièvre hectique se sont améliorés quoique l'état physique des poumons soit resté le même, mais au mois de novembre, Chevalier est emporté rapidement par une poussée de tuberculisation aiguë compliquée d'une pleurésie.

Ainsi, dans ces cas, bien que l'amputation eut supprimé une cause d'épuisement et peut-être d'infection tuberculeuse, en l'absence de toute cause de débilitation due à l'opération elle-même, telle que fièvre, douleurs, perturbation des fonctions digestives ou autres, l'on voit la tuberculisation pulmonaire qui, jusqu'alors, avait suivi une marche lente, recevoir en quelque sorte une impulsion nouvelle de l'intervention chirurgicale, et amener la mort ou conduire le malade à un état désespéré en très peu de mois, malgré la guérison locale complète et facilement obtenue de la plaie créée par l'amputation.

Cette aggravation rapide des lésions pulmonaires à la suite d'une opération suivie de succès, m'a déterminé, dès l'abord, à user d'une extrême réserve, lorsque chez un sujet atteint de tumeur blanche j'observais des signes indubitables de tuberculisation viscérale. Deux fois seulement depuis lors j'eus recours à l'amputation dans des conditions analogues. — Dans l'un de ces cas, malgré la lenteur de la guérison, je n'eus pas trop à regretter ma détermination; il est vrai que l'opéré ne put être suivi pendant un temps assez long, pour que l'on puisse affirmer que, chez lui, la tuberculisation pulmonaire soit restée stationnaire.

Obs. III. — Wattelet, agé de 25 ans, était entré le 22 décembre 1877, salle Sainte-Marthe, nº 12, à l'Hôtel-Dieu, pour une synovite fongueuse forte ancienne du genou gauche. — Cette affection résista aux tentatives de redressement et d'immobilisation, aux cautérisations ponctuées, à l'igniponcture, au traitement général : des abcès s'ouvrirent, et les douleurs très vives qui, non moins que la suppuration, épuisaient le malade, me déterminèrent à pratiquer l'amputation de la cuisse gauche, le 4 octobre 1877, quoique l'on perçût aux deux sommets des craquements humides et que la percussion y décélât une matité notable. La plaie d'amputation ne guérit pas complètement ; le 30 novembre, au moment où le malade partit pour Vincennes, il restait encore une fistulette à l'extrémité du moignon. Les accès quotidiens de fièvre hectique que le malade présentait avant l'opération, avaient diminué d'intensité sans cesser de se produire, mais l'affection des poumons semblait ne point s'être aggravée lorsque l'opéré quitta l'hôpital.

Les suites de l'opération furent bien moins heureuses dans le dernier cas que j'ai à signaler.

Obs. IV. — Inhel, aubergiste, au Plessis-Picquet, est atteint depuis 8 mois environ d'une arthrite fongueuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche. Cette affection malgré les soins les plus attentifs, n'a cessé de progresser, et depuis plus de trois mois l'articulation malade est envahie par la suppuration. — Malgré l'existence des anciennes lésions tuberculeuses, localisées principalement au poumon gauche, l'intensité des douleurs et l'abondance de l'écoulement purulent m'engagent à tenter l'amputation de la jambe; celle-ci est pratiquée au lieu d'élection (à cause de l'étendue des fusées purulentes), au commencement de janvier 1882. La plaie d'amputation, malgré la réunion par première intention sous le pansement de Lister, ne se ferma que lentement; l'adhésion était parfaite, en effet, dès les premiers jours, mais il y eut désunion consécutive de la ligne de réunion du lambeau, et la cicatrisation mit plus d'un mois à se faire.— D'autre part, dès les premiers jours qui suivirent l'amputation, une poussée de tuberculisation aiguë envahit le poumon gauche d'abord, puis le poumon droit, et le malade, complètement guéri de son amputation, succomba à l'épuisement au commencement du mois d'avril, trois mois après l'opération.

Dans ces diverses observations, il s'agit de tuberculisations pulmonaires à forme torpide, à marche lente, que l'opération a transformées en tuberculisation aiguë ou en phtisie rapide. Je ne crois donc pas trop hasarder en admettant, que chez les tuberculeux atteints de lésion du poumon certaine, l'amputation d'un membre, malgré l'absence de toute suite locale fâcheuse, favorise l'aggravation des lésions pulmonaires préexistantes.

En est-il de même lorsqu'un cancer viscéral s'associe à une tumeur de même nature siégeant en un point accessible? L'extirpation de cette dernière détermine-t-elle un développement plus rapide du cancer interne ?

Un élément, ici, manque à notre appréciation : l'existence de tumeurs secondaires, dans les organes, a toujours été méconnue au moment de l'intervention, et lorsqu'aux troubles qu'elles déterminent et plus tard à l'autopsie on en reconnaît l'extension et l'importance, on ne sait qu'elles étaient leurs proportions avant l'opération, et par conséquent dans quelle mesure celle-ci a pu hâter leur développement. On sait pourtant que l'opération palliative pratiquée pour certaines tumeurs malignes, celles du rectum, de l'intestin ou de l'œsophage, par exemple, n'est suivie d'aucun accroissement notable du produit pathologique ; ce serait plutôt l'influence contraire que l'on observerait et l'on verrait assez souvent les rétrécissements cancéreux mis à l'abri du contact irritant qui résulte du passage des matières, suivre une marche très lente à partir du moment où l'on a créé une voie artificielle à celles-ci. D'autre part, il est certain que l'extirpation d'une tumeur cancéreuse est suivie d'un accroissement plus rapide, dans bon nombre de cas du moins, des engorgements ganglionnaires que l'on avait méconnus ou que l'on n'avait pas jugé opportun d'enlever; l'opération imprime souvent à leur développement une impulsion prompte.

C'est ce qui arrive lors de l'extirpation d'épithéliomas de la face, des lèvres, de la langue, à la suite desquelles on voit les ganglions du cou devenir parfois le siège d'un gonflement excessivement considérable qui s'accompagne même de phénomènes inflammatoires et de suppuration.

On pourrait dire que dans ces cas il s'agit d'une influence directe, et en quelque sorte locale; l'irritation transmise aux ganglions par les lymphatiques a été la cause directe de modifications inflammatoires de ces derniers, qui ont hâté l'accroissement et la dégénération des métastases cancéreuses qu'elles renfermaient; ce n'en seraient pas moins des exemples d'aggravation de tumeurs cancéreuses jusqu'alors latentes, amenée par l'opération pratiquée pour un cancer accessible. Mais, voici des faits dans lesquels ce mécanisme de l'aggravation ne peut plus être invoqué :

Je les emprunte à l'histoire des tumeurs malignes du testicule et de leur généralisation.

J'ai publié dans la thèse de M. Talavera (Paris 1879) l'observation d'un malade, atteint de carcinome épithélial du testicule gauche pour lequel je pratiquai la castration, le 25 septembre 1876, à la Pitié, dans le service de M. Verneuil. A cette époque le malade ressentait quelques douleurs de reins qui peut-être eussent dû me détourner de l'opération; mais il n'y avait pas de tumeur appréciable à la région lombaire et dans le flanc, l'examen des viscères et du foie n'avaient révélé aucune trace de lésion secondaire. La plaie était presque guérie le 4 octobre quand les douleurs lombaires se reproduisirent avec intensité; une tumeur apparut dans la région lombaire; le 12 octobre survient une *phlegmentia alba dolens*; le malade succomba le 16 octobre, à l'autopsie on trouva le foie énorme, rempli de noyaux volumineux diffluents, d'aspect encéphaloïde, qui avaient presque partout remplacé le tissu hépatique. En avant de la colonne vertébrale était une tumeur du volume d'une tête d'enfant, développée dans les ganglions et constituée par du tissu encéphaloïde ramolli.

Ainsi chez un sujet qui ne présentait aucun signe certain de généralisation, 20 jours suffirent pour que la mort survint par cachexie, en l'absence de toute complication survenue du côté de la plaie : peut-on admettre que les tumeurs secondaires eussent subi un développement si rapide, si l'affection testiculaire eût été abandonnée à sa marche naturelle. Voici le résumé de plusieurs autres exemples semblables que j'emprunte à un intéressant travail de M. le Dr G. M. Picard, intitulé *Sarcocèle et phtisie cancéreuse* (Paris, Delahaye, 1875).

Observation III, p. 16. — M. Velpeau pratique la castration sur un sujet de 33 ans, pour une tumeur encéphaloïde du testicule. Le malade meurt 15 jours après avec des phénomènes ambigus du côté des poumons qui ont fait songer à une infection purulente. A l'autopsie, les plèvres sont pleines de pus ; les deux poumons sont criblés de tumeurs du volume d'un marron, de forme arrondie, de couleur rouge grisâtre. Ces tumeurs dont je passe sous silence les autres caractères, ne ressemblaient en rien aux abcès métastatiques de l'infection purulente, suivant Deville, qui présenta les pièces à la Société anatomique; c'étaient des métastases cancéreuses siégeant dans les poumons. (*Comptes rendus de la société anatomique*, 21e année.)

On peut croire que Velpeau qui, ainsi que M. Desprès nous l'a fait observer, classait parmi les contreindications formelles des opérations, la phtisie et l'existence d'un cancer interne, n'avait rien pu trouver avant de pratiquer la castration qui lui permit de redouter l'existence d'une généralisation pulmonaire. A quelle circon-

stance dès lors, sinon à l'opération, faut-il rapporter cette marche presque foudroyante, des métastases jusqu'alors cachées ?

Observation VII, *ibid*, p. 20. — Un jeune homme de 19 ans subit la castration à Guy's hospital, pour une tumeur volumineuse du testicule gauche, dont le début remontait à 6 mois. La plaie guérit en trois semaines, mais bientôt le malade se mit à tousser, son corps se couvrit d'une teinte ictérique et tous les soirs il avait de la fièvre ; après cinq semaines d'une décadence graduelle, il mourut avec des symptômes subaigus du côté des poumons. A l'autopsie, engorgement des ganglions iliaques, les poumons sont criblés de petits amas arrondis, situés sous la plèvre, quelques-uns au centre du parenchyme. Ces néoplasmes examinés à l'œil nu offraient l'aspect du cancer médullaire; le microscope confirma cette opinion. (Paget, *Lectures in surgical tumours.*)

Observation, *ibid.*, p. 27. — Un homme de 32 ans présente un sarcocèle cancéreux du testicule droit, datant de onze mois, la castration est pratiquée le 10 septembre 1876 ; du 11 au 25 la plaie guérit, mais à partir du 25, le malade ressent de vives douleurs dans la poitrine, de l'essoufflement ; il succombe le 30 avec les symptômes d'une phtisie galopante, et on trouve une désorganisation des deux poumons qui sont transformés en une bouillie lie de vin, analogue à la bouillie splénique. Il existe une dégénérescence avancée des ganglions abdominaux ; la plaie est complètement guérie.

Est-il possible, je le répète, d'interpréter ces faits autrement que par l'impulsion subite qu'un cancer viscéral latent a reçue d'une opération dirigée contre un cancer superficiel? Celui-ci, pendant des mois entiers évolue sans que l'état général paraisse compromis par sa présence; on l'enlève et en quelques semaines les lésions organiques jusqu'alors silencieuses, se révèlent et conduisent l'opéré à une cachexie rapide. Ce qui s'observe à la suite de la castration pratiquée pour des sarcocèles cancéreux, on en trouverait, j'en suis convaincu, de plus nombreux exemples encore, si l'on recherchait avec soin, parmi les observations d'amputation du sein ou des membres, les cas où se sont manifestés des accidents semblables. Je crois donc que pour ce qui est du cancer, de même que pour les affections tuberculeuses, la proposition de M. Verneuil est parfaitement justifiée et que l'on doit admettre comme réelle et certaine, dans certains cas, l'aggravation que l'opération fait subir aux lésions viscérales analogues à celle contre laquelle a été dirigée l'intervention chirurgicale.

En est-il de même pour les affections pathologiques des viscères importants comme les reins, le foie, lorsque ces altérations ne se rattachent à aucune diathèse; les lésions de ces organes sont-elles modifiées dans leur marche et aggravées par le traumatisme. L'ob-

servation de M. Redard nous montre que chez un albuminurique, une opération peut amener une perturbation de la sécrétion urinaire qui se traduit par un accroissement du chiffre de l'albumine ; mais ainsi que l'a fait remarquer M. Trélat, cette augmentation de l'albumine a été toute passagère ; l'affection rénale préexistante ne pouvait donc point être aggravée, bien qu'elle eût été temporairement modifiée, par le traumatisme intercurrent. Je n'ai pu retrouver que quatre observations, dans mes notes, où des traumatismes graves aient été observés chez des albuminuriques; dans ces cas, l'analyse des urines n'a pas été faite avec le soin minutieux et l'exactitude qui font l'intérêt du travail de M. Redard ; mais ce que j'en pus voir me confirme actuellement dans cette idée que, si la lésion traumatique n'a point été sans influence sur la fonction urinaire et sur ses modifications pathologiques, elle n'a, du moins, pas eu sur elles d'influence durable.

Voici une analyse succincte de ces observations :

Ch. Portel, âgé de 42 ans, est apporté le 20 avril 1877 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, n° 24, avec une fracture sus et inter-condylienne de l'humérus compliquée d'une plaie de six centimètres de longueur. La plaie, soigneusement lavée avec la solution phéniquée est fermée avec de la baudruche collodionnée, et le membre placé dans un appareil ouaté de Guérin. Quelques jours après, sans qu'il y eût de réaction fébrile, de petites plaies contuses, superficielles, que le blessé portait aux genoux, s'entourent d'une rougeur diffuse au centre de laquelle se produit une eschare étendue. Je fais aussitôt examiner les urines : celles-ci renferment une très notable proportion d'albumine, elles sont claires, n'ont jamais présenté de sang ou de matière colorante du sang. Il existe fort peu de sensibilité à la région des reins. L'albumine diminue rapidement sous l'influence de bains de vapeur administrés au blessé dans son lit et de la diète lactée ; elle reparaît en forte quantité du 13 au 15 septembre, à l'occasion d'un embarras gastrique, en même temps que se produisent de l'anxiété précordiale et de la dyspnée : sous l'influence du même traitement, sa quantité décroît rapidement de nouveau, et quand le blessé quitte l'hôpital, sans avoir jamais eu de réaction fébrile, sans que le foyer de la fracture eut suppuré, mais en conservant une ankylose presque complète du coude, l'albuminurie avait complètement disparu.

Dans ce cas, comme dans l'observation de M. Redard, l'albuminurie avait certainement été accrue par le traumatisme, de même qu'une affection intercurrente légère, un embarras gastrique, suffit à la faire réapparaître. Dans le fait suivant, l'influence de la blessure sur les phénomènes de la sécrétion rénale fut encore moins accusée et plus passagère :

Ernest Deprain, âgé de 33 ans, est entré salle Sainte-Vierge, n° 7, à l'hôpital de la Charité, le 22 août 1879, avec une brûlure fort étendue aux premier, deuxième, troisième et un peu au quatrième degrés. Les trois jours qui suivirent l'accident, il présenta une anurie complète, la vessie ne renfermant pour ainsi dire pas d'urine. Comme le malade sortait d'un service de médecine où il avait été traité pour une néphrite parenchymateuse, je portai un pronostic grave, pensant que l'albuminurie réapparaîtrait avec intensité quand les reins recommenceraient à fonctionner. Il n'en fut rien. Le 26 septembre, le malade sortait complètement guéri et sans que l'examen eût pu décéler la présence de l'albumine dans ses urines.

Ce fait est très intéressant, puisque le sujet brûlé était bien certainement atteint d'une lésion préexistante des reins, puisque le premier effet de la brûlure fut un retentissement sur la circulation et la sécrétion rénales, et que, malgré ces conditions et ces phénomènes de mauvais augure, l'albuminurie non seulement ne fut pas aggravée, mais ne fut même pas ramenée par l'accident et ses suites. — Voici un autre cas où l'aggravation de l'état général et de l'albuminurie ne me semble pas pouvoir être mise sur le compte du traumatisme opératoire, mais devoir être attribuée plutôt au séjour au lit, à l'alimentation défectueuse, ou même à la marche naturelle de l'affection.

Il s'agit d'une pensionnaire de l'hospice des Incurables, à Ivry, âgée de plus de 65 ans, atteinte d'une affection aortique et d'une néphrite interstitielle avec albuminurie; elle présentait une double cataracte et demandait instamment l'opération. Quelques fâcheuses que fussent les conditions où elle se trouvait, je ne crus pas devoir la lui refuser. Je l'opérai de l'œil droit au mois d'avril 1878, et malgré quelque peu d'inflammation conjonctivale qui suivit, l'œil guérit très bien, et le résultat fonctionnel fut même assez bon, l'opérée pouvant facilement reconnaître les objets et les personnes de son entourage. Pendant qu'elle était retenue au lit par les suites de l'opération, l'albuminurie augmenta, les phénomènes d'asystolie survinrent, et cette malheureuse succomba aux mois de juin aux progrès des désordres circulatoires dont elle était atteinte.

Je mentionne enfin un dernier cas où l'albuminurie, compliquant un diabète probablement fort ancien, ne me parut pas modifiée par un traumatisme dont les suites locales néanmoins se ressentirent de l'atteinte portée à la constitution par ces états pathologiques.

M. J..., instituteur à l'école des Billettes, en arrachant un cor il y a trois ans, avait fait saigner le derme sous-jacent. Les jours suivants, une rougeure vive, suivie de la production d'une eschare, se développa

au niveau du point blessé (gros orteil du côté droit). M. le Dr Spindler, de Plancher-les-Mines, appelé auprès du malade, reconnut dans ses urines l'existence de sucre et d'albumine, et il prescrivit un traitement interne; il fallut deux ou trois mois à la plaie pour guérir. L'été dernier, M. J..., voulant éviter une voiture, tombe le pied gauche dans le ruisseau, et il a la région du cou-de-pied serrée entre la roue de cette voiture et le trottoir. Il put se relever quoiqu'il eût une contusion très intense et un épanchement sanguin qui devint aussitôt très notable. Les jours suivants, des eschares se produisirent au niveau de la malléole interne d'une part, au niveau de la face dorsale et au bord externe du pied de l'autre. Cette dernière eschare s'étendit si loin en surface et en profondeur qu'elle menaça les articulations tarsiennes qui heureusement échappèrent à la suppuration. Appelé auprès du blessé, je fis faire l'analyse des urines qui, avec un chiffre très inférieur d'urée (6 à 7 grammes par litre), renfermaient 3g,60 de glycose et 6g,95 d'albumine par litre. Il fallut plus de six mois à la perte de substance créée par la chute de l'eschare pour se fermer; l'albumine des urines, dont le malade lui-même donne approximativement la quantité, n'a guère varié d'abondance, soit pendant la cicatrisation ni depuis lors. J'avais recommandé de répéter de temps à autre l'analyse quantitative des urines, mais cette prescription n'avait point été suivie, quand il y a quelques jours je fus appelé à revoir ce malade. Un mal perforant véritable s'était spontanément développé au niveau de l'articulation métatarso phalangienne du gros orteil droit, au point où s'était produit l'accident qui, il y a quelques années, avait fait découvrir l'albuminurie et le diabète.

J'ai rapporté cette observation, qui montre le diabète et l'albuminurie réagissant sur la marche de la lésion traumatique, sans paraître influencés par celle-ci. Je n'ai jusqu'à présent pas eu l'occasion d'observer l'aggravation d'un diabète préexistant par un traumatisme chirurgical ou accidentel, quoique cette action réciproque doive certainement exister, et qu'elle puisse, j'en suis convaincu, être constatée dans bien des cas.

A deux ou trois reprises, et cette année même, j'ai pratiqué des opérations légères sur des glycosuriques, bien que je ne me résolve qu'à contre-cœur à cette extrémité, et je n'ai jamais vu, malgré des analyses répétées, la dose de sucre contenue dans les urines s'accroître. Voici deux exemples de traumatismes plus graves qui sont également restés sans influence apparente sur la glycosiure.

Mme B... est atteinte d'un cancer encéphaloïde du sein gauche à marche galopante : comme depuis plus de 10 ans elle est atteinte d'un diabète grave (20 à 30 grammes de glycose par litre), je remets l'opération au moment où le sucre a complètement disparu des urines. L'extirpation totale de la mamelle et des ganglions axillaires engorgés est faite au

mois d'août dernier. Je renonce à tenter la réunion par première intention qui s'effectue spontanément sur la plus grande partie de la perte de substance ; la malade guérit sans fièvre et sans que les analyses les plus minutieuses, contrôlées par M. Bouchardat, aient décélé la présence de glycose dans les urines. Elle meurt presque subitement de généralisation (noyaux cancéreux au sternum, à la colonne vertébrale et dans la cicatrice) au bout de quatre mois.

La seconde observation est encore incomplète :

Il s'agit d'un homme de 55 ans qui, il y a quelques semaines, se fractura la jambe gauche en marchant dans son appartement. La fracture était une fracture en V, compliquée d'embrochement de la peau par la pointe du fragment supérieur. Le blessé était atteint d'un diabète grave avec amaigrissement notable ; la quantité de sucre avait atteint 75 grammes par litre d'urine ; avant l'accident, elle était de 48 grammes par litre environ. Plusieurs accidents graves, dûs à la glycosurie, s'étaient à diverses reprises produits chez ce malade : abcès énormes, anthrax du cou, et quand l'accident se produisit, il était à peine guéri d'un ulcère de jambe développé au niveau d'une petite plaie insignifiante à la cheville. Vers le quatrième jour de la fracture, une hémoptysie très abondante, suivie pendant 24 heures d'une notable fétidité de l'haleine, et de crachats purulents et rouillés se produisit ; la température descendit à 36° ; une dyspnée et une anxiété précordiale extrême accompagnèrent ces phénomènes inquiétants, que je crois pouvoir rapporter à une embolie graisseuse partie de la fracture. Mais bientôt tout rentra dans l'ordre ; la fracture de jambe paraît se comporter à souhait, l'état général est bon et les urines ne renferment que 35 grammes de sucre par litre. Espérons que cette bénignité d'une lésion si grave, évoluant favorablement chez un malade aussi compromis, continuera à tromper nos prévisions qui n'étaient certes pas rassurantes.

Je reviens à l'influence qu'exercent les traumatismes sur les lésions préexistantes des reins, pour faire observer que je n'ai pas entendu parler du retentissement que les opérations et les manœuvres chirurgicales exercées sur l'urètre et sur la vessie font éprouver aux néphrites chirurgicales. Ce phénomène est d'une observation trop commune pour qu'il soit nécessaire d'y insister ici et d'en donner de nouveaux exemples ; mais le mécanisme qui préside au développement de ces graves complications, du cathétérisme, de l'uréthrotomie, de la lithotritie, etc, est plus facilement explicable en raison des relations anatomiques qui unissent les reins malades au lieu d'application de la violence extérieure, et diffère en cela de l'action plus obscure qu'un traumatisme atteignant une région quelconque peut exercer sur les reins antérieurement malades. Pour ce qui est de ce dernier ordre de faits, l'on peut dire que l'aggravation d'un état pathologique des reins, sous

l'influence d'une blessure ou d'une opération, ne s'est manifestée jusqu'à présent que d'une façon transitoire et peu inquiétante, en apparence du moins, s'il faut s'en rapporter aux cas peu nombreux que nous venons de passer en revue.

Les lésions pathologiques du foie peuvent-elles être aggravées par un traumatisme atteignant le malade? A cette question, M. Verneuil avait répondu par une observation recueillie dans mon service et publiée dans la *Gazette médicale* de Paris (13 janvier 1883); les critiques qui n'ont pas été épargnées à cette observation, devraient surtout être adressées à sa rédaction, dans laquelle l'auteur n'a pas suffisamment mis en lumière le point le plus intéressant, celui qui surtout a trait au sujet qui nous occupe. Que l'on nous permette de rétablir ici rapidement les faits.

Un homme de 44 ans est soigné à l'hôpital de la Charité pour un écrasement du gros orteil droit en 1882. Il sort guéri, en apparence du moins, au bout de six semaines; presque aussitôt les ganglions inguinaux deviennent sensibles, ils se tuméfient, et quinze jours après sa sortie, le 25 juillet, le malade demande de nouveau son admission à l'hôpital. A ce moment, on constate un abcès très vaste de la fosse iliaque communiquant avec une poche purulente située à la partie supérieure de la cuisse en dehors de l'artère fémorale. Le 26 juillet, l'abcès est ouvert et l'incision est pansée à l'acide phénique; jusqu'au 4 août le malade reste sans fièvre et la suppuration diminue d'abondance. Le 4 août, un léger accès de fièvre se déclare et s'accompagne d'une coloration sub-ictérique. J'examine le foie qui est très volumineux, débordant de trois travers de doigt les côtes, et sensible. Le lendemain apparaît une coloration noire des urines due à la présence dans ce liquide d'un excès de sels biliaires; le foie est plus sensible; il a augmenté de volume depuis la veille; il existe de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Le 6 août, il est incontestable qu'il s'est produit un épanchement ascitique; l'état du malade s'aggrave le 7; le 8, le ventre est devenu très sensible et son volume s'est beaucoup accru : la respiration s'embarrasse, le malade meurt. *A l'autopsie*, vaste collection purulente occupant la fosse iliaque interne, au-dessous du fascia iliaca; épaississement du péritoine; épanchement séropurulent limité par des adhérences intestinales récentes dans la cavité pelvienne; début de péritonite généralisée. D'autre part le foie, qui pèse 2,250 grammes, est entouré de fausses membranes épaisses et adhérentes; il est congestionné, granuleux et présente à la coupe les lésions de la cirrhose à sa deuxième période.

Commentons les phénomènes cliniques en les rapprochant des constatations microscopiques : nous voyons un homme atteint de cirrhose du foie, marchant de trop bonne heure après un écrasement du gros orteil, être pris d'adénite et de phlegmon périganglionnaire; ce phlegmon, développé chez un malade atteint

d'une affection hépatique grave, suppure. Sous l'influence de la suppuration, l'hépatite interstitielle précipite sa marche, et l'on voit survenir de l'ictère, un gonflement croissant du foie qui devient sensible, l'apparition de la matière colorante de la bile dans les urines, de l'ascite. Quelques jours après, une péritonite par propagation se déclare; mais avant même que les caractères de cette dernière complication se soient manifestés, le malade épuisé succombe.

MM. Trélat et Després ont eu raison de dire que les lésions péritonéales et sous-péritonéales trouvées à l'autopsie suffisaient à expliquer la terminaison fatale ; il n'en est pas moins vrai que ce cas est un des plus remarquables exemples de l'influence réciproque qu'une inflammation d'origine traumatique et une lésion propathique du foie peuvent exercer l'une sur l'autre ; pour ceux qui, comme moi, ont observé avec une minutieuse attention ce malade pendant les 15 jours qui ont précédé la terminaison fatale, aucun doute ne pouvait subsister ; l'aggravation de l'affection hépatique survint manifestement avant le développement de la péritonite par laquelle se terminèrent les accidents.

Pardonnez, Messieurs, les proportions qu'a prises cette communication : la proposition apportée à cette tribune par M. Verneuil, est de celles qui doivent s'appuyer sur des faits précis : j'ai tenu à vous apporter ceux dont j'ai conservé le souvenir, et je conclus en me fondant sur ces observations que les lésions traumatiques peuvent, ainsi que l'admet mon savant maître, déterminer l'aggravation d'une lésion viscérale antérieurement existante chez le sujet qu'elles atteignent, que cette lésion soit elle-même une manifestation de la diathèse tuberculeuse ou cancéreuse, ou qu'elle soit indépendante de toute maladie constitutionnelle comme le sont les inflammations chroniques du foie et des reins.

M. Després. Ce que j'ai argumenté dans l'observation de M. Berger, c'est l'interprétation qu'en a donnée M. Verneuil. Pourquoi, en effet, la maladie du foie n'a-t-elle pas été aggravée par l'écrasement du pied et pourquoi la maladie du foie n'a-t-elle pas aggravé la plaie ? Pourquoi la lésion du foie a-t-elle attendu 6 semaines pour montrer son action à l'occasion d'un abcès de la fosse iliaque? Ce n'est pas en 6 semaines que se montre une cirrhose atrophique ; elle existait et est restée silencieuse au moment de la blessure. J'ai voulu montrer que cette observation n'avait pas la valeur qu'on lui avait donnée.

M. Berger. Chez ce malade, l'augmentation de volume du foie, l'ictère et l'ascite sont survenus sous mes yeux.

M. Després. L'ictère est la conséquence de la péritonite, plutôt que de la maladie du foie.

M. Richelot. M. le professeur Verneuil a provoqué parmi nous, un débat sur la question de pathologie générale qui fait le sujet habituel de ses méditations, et qu'il a formulée cette fois dans les termes suivants : *De l'influence du traumatisme sur les états morbides antérieurs.* Comme on pouvait s'y attendre, il a été impossible aux orateurs de se renfermer dans les limites indiquées par cette proposition, et de laisser de côté l'*influence des états morbides antérieurs sur le traumatisme.* Aussi bien n'est-ce pas s'éloigner beaucoup du point de départ, ni faire dévier gravement la discussion, car ces deux formules sont étroitement liées entre elles et ne peuvent être longtemps séparées.

J'ai observé dernièrement un fait qui vient prendre place à côté de ceux qui sont débattus en ce moment. Le voici en quelques mots :

M. B... a 65 ans. Il habite depuis longtemps l'Algérie, et vient à Paris pour se faire débarrasser d'un cancroïde qui siège à la face interne de la joue gauche. C'est un homme de petite taille, vigoureux, actif, et qui paraît doué de la plus robuste santé. Mais, en l'examinant avec soin, on découvre en lui plusieurs tares organiques.

Et d'abord, l'arthritisme : il accuse des douleurs rhumatismales et notamment des névralgies sciatiques. Aujourd'hui même, cinq semaines après l'opération qu'il a subie le 31 mars, il est convalescent d'un accès de colique hépatique, dont il vient de souffrir pendant une quinzaine de jours. Ses enfants ont de la gravelle et d'autres signes de la même diathèse, connus depuis longtemps de M. le docteur Thorel, médecin de la famille.

M. B... est de plus un paludique invétéré. En Algérie, la fièvre le surprend de temps à autre au milieu de ses occupations ; et, comme tant d'autres habitants, il a constamment du sulfate de quinine dans sa poche. Deux mois à peine avant son départ a eu lieu son dernier accès.

Enfin, c'est un diabétique déjà ancien. Il y a sept ans, un anthrax diffus et compliqué de la nuque l'a gravement compromis. L'urine n'a pas été sérieusement examinée à cette époque ; aujourd'hui, elle contient 40 grammes de sucre par litre, et le malade en rend à peu près 3 litres par 24 heures.

J'ose à peine ajouter que M. B... a quelque faiblesse pour l'absinthe, et qu'il s'est endormi sous le chloroforme à la façon des alcooliques. En vérité, l'arthritisme, le paludisme et le diabète nous suffisent. Je n'examine pas non plus la relation qui peut exis-

ter entre la fièvre intermittente et la glycosurie, relation sur laquelle M. Verneuil a suscité l'année dernière une discussion académique ; je me borne à constater leur coïncidence.

Voici maintenant les caractères de l'épithéliome intra-buccal. Sur la face interne de la joue, la tumeur largement ulcérée atteignait le cul-de-sac gingival supérieur, sans toucher le périoste ; en bas, elle restait assez loin du maxillaire ; en avant, un centimètre à peine la séparait de la commissure labiale ; en arrière, elle s'étendait jusqu'au voisinage de l'apophyse coronoïde. Heureusement, la peau n'était prise qu'en un point fort limité ; un bourgeon épithélial de petit volume la perforait à quelque distance en arrière de la commissure ; on pouvait circonscrire ce bourgeon par une incision elliptique sans faire un trop grand sacrifice, puis tailler la joue en biseau de manière à n'enlever largement que les parties profondes. On sentait un ganglion, petit et mobile, dans la région sous-maxillaire.

La présence du sucre dans l'urine nous engagea d'abord à différer toute opération. Pendant quinze jours, le malade fut soumis au régime anti-diabétique sous la direction de M. Thorel, et au bout de ce temps, l'analyse donna 33 grammes au lieu de 40. En même temps, la quantité de l'urine diminua : de 3 litres, elle descendit à 1 litre 1/2.

Ce n'était là qu'un amendement léger. Mais je me disais que si nous temporisions davantage, le cancroïde pouvait arriver jusqu'au périoste, gagner en profondeur du côté de la gorge, envahir de nouveaux ganglions, et qu'en poursuivant la suppression totale de la glycosurie, je m'exposais à intervenir trop tard et dans de mauvaises conditions. Cette crainte s'ajouta aux instances du malade et aux apparences de bonne santé qu'il présentait, pour me forcer la main.

Je n'insiste pas sur l'opération, faite le 31 mars 1883. Elle fut ce que sont les opérations de ce genre : difficultés de l'anesthésie, extrême vascularité de la région, irruption du sang dans la gorge, tout se réunit pour les rendre délicates, voire même périlleuses, et pour qu'il en résulte un véritable choc opératoire. Tout se passa bien néanmoins, la plaie de la joue fut réunie par la suture, le ganglion sous-maxillaire enlevé, tout le champ opératoire recouvert d'un pansement phéniqué simple.

Les suites de l'opération, et c'est là ce que je veux mettre en lumière, furent d'une absolue bénignité. Le soir même, état satisfaisant. Nuit calme. Le 1er avril, apyrexie complète, aucune douleur ; chose curieuse, la plaie sous-maxillaire étroite et profonde, que j'ai livrée à elle-même, s'est réunie par première intention ; tout est souple autour d'elle et sans trace de phlegmasie. La suture

de la joue est le siège, pendant quelques jours, d'un gonflement très minime ; tous les points tiennent également. La salivation qui gênait le malade avant l'opération, a radicalement disparu. Enfin, la perte de substance intra-buccale se rétrécit à vue d'œil ; M. B..., qui se fait quelques lavages avec de l'eau alcoolisée, ne s'aperçoit d'aucune suppuration dans l'intérieur de la bouche. Le sulfate de quinine, à la dose de 50 centigrammes, est administrée pendant plusieurs jours, de peur que la fièvre intermittente ne se réveille.

Le 6 avril, j'enlève tous les fils (crins de Florence). Du 9 au 11, une petite collection purulente, apparue sous la cicatrice de la plaie cervicale, est incisée et guérit du jour au lendemain. Le malade commence à sortir... J'ai reçu aujourd'hui même, 2 mai, sa première visite : il est convalescent, comme je l'ai dit, d'un accès de colique hépatique, mais d'ailleurs la guérison est parfaite : on voit en arrière de la commissure une légère dépression, à demi cachée par la moustache et la barbe ; dans la bouche, il n'y a plus trace de plaie, la face interne de la joue est entièrement cicatrisée. Etant données les chances de récidive, on ne peut rien affirmer pour l'avenir de cet homme ; mais en présence d'une aussi prompte réparation, en présence de la réunion immédiate non seulement de la suture, mais encore de la plaie cervicale, on peut dire que ce diabétique entaché de plusieurs diathèses a guéri mieux et plus vite que ne l'auraient fait à sa place bien des hommes plus jeunes et sans trace de lésions antérieures.

Une première remarque nous est fournie par cette observation. Si M. B..., malgré son diabète, a si bien résisté au choc opératoire, c'est qu'en dépit de la durée de sa maladie, il avait encore de bons tissus. Les états morbides antérieurs prédisposent, en effet, aux accidents opératoires par l'affaiblissement progressif de l'économie, de telle façon que les plus anciens sont ordinairement les plus graves, parce que la déchéance organique est plus avancée au moment où le traumatisme intervient. Mais ce n'est pas seulement l'âge absolu de la diathèse qui détermine le degré de résistance vitale, c'est aussi la marche qu'elle a suivie, si bien qu'un diabétique de deux ans peut être plus invétéré, plus fragile que ne l'était mon malade après sept années au moins de glycosurie.

Je ne veux pas dire que les états morbides antérieurs n'aient d'importance que par leur intensité, non par leur nature, et que tous les diathésiques aient les mêmes tendances ou fassent la même figure en présence du traumatisme. Il n'en est pas moins vrai que ces états morbides sont avant tout des causes d'affaiblissement, voire même de cachexie ; telle est, pour ainsi dire, l'influence banale des diathèses, influence qu'elles ont toutes indis-

tinctement et qui n'est propre à aucune d'elles, influence dont le chirurgien doit savoir juger la valeur dans chaque cas particulier.

Une autre question, plus importante encore, peut être soulevée ici. En s'efforçant de mettre en lumière l'influence réciproque du traumatisme et des maladies antérieures, M. Verneuil, j'imagine, n'a pas seulement voulu établir cette vérité simple, qu'un homme sain et vigoureux résiste mieux qu'un malade, et qu'il vaut mieux posséder de bons tissus que des organes dégénérés. Or, c'est déjà beaucoup d'avoir entre les mains un élément qui modifie le pronostic; c'est beaucoup de pouvoir, la veille d'une opération, annoncer des accidents et d'avance établir les responsabilités. Mais ce qui importe le plus à la pratique, c'est de savoir dans quelle mesure la considération de l'état morbide antérieur change les indications, diminue la hardiesse opératoire, en un mot modifie la conduite chirurgicale.

La question ainsi posée, il y a certainement des cas où le chirurgien s'arrête en présence d'un état diathésique et d'un organisme sérieusement affaibli. Certaines opérations anaplastiques, par exemple, malgré leur utilité bien reconnue, seront différées, si la vie n'est pas en jeu, peut-être même ajournées indéfiniment.

Par contre, il y a des cas où la diathèse n'importe en aucune façon. Quand une hernie réclame l'opération, nous n'avons que faire de demander au malade s'il est diabétique ; et s'il l'est, nous n'avons qu'à passer outre.

Enfin, dans une troisième catégorie, peuvent se ranger les faits comme le mien, où la conduite à tenir est plus délicate et s'impose avec moins d'évidence. Que faire en présence d'un épithéliome envahissant chez un diathésique avéré ? Devais-je le laisser mourir quelques mois plus tard de sa belle mort, c'est-à-dire de la mort la plus affreuse, avec un ulcère rongeant de la face, des douleurs, des hémorragies, une suppuration fétide ? Ne valait-il pas mieux agir, même au prix de sérieux dangers, à une époque où l'opération avait des chances de réussir ? En un mot, n'avais-je pas la main forcée ? Et je parle ici d'un cas où nous pouvons, à l'aide d'un régime le plus souvent efficace, modifier à courte échéance l'état morbide antérieur et placer le malade dans de meilleures conditions physiologiques. Mais qu'il s'agisse d'un tuberculeux dont le genou suppure, et chez qui l'amputation de la cuisse est formellement indiquée ; nous n'avons pas de médication qui fasse diminuer le tubercule au sein du poumon comme le sucre dans l'urine ; tous les retards ne feront que prolonger la suppuration, aggraver la septicémie, et placer l'organisme dans de plus

mauvaises conditions. Tout en prévoyant le retentissement du traumatisme sur des viscères plus ou moins altérés, force nous est bien d'intervenir.

Ces réflexions peuvent se résumer ainsi : Quand il s'agit d'une opération nécessaire, en dépit du mauvais terrain et du pronostic douteux, nous sommes réduits à nous comporter comme si la diathèse n'existait pas. Or, en France, on l'a dit ici même, nous n'aimons que les opérations nécessaires ; moins jeunes que nos voisins d'outre-Rhin, nous avons passé depuis longtemps notre période d'enthousiasme opératoire, avec Roux, Blandin, Velpeau. Il en résulte que, parmi nous, la considération de l'état morbide antérieur peut influer sur le pronostic, mais n'est pas de nature, au moins dans un bon nombre de cas, à modifier profondément la conduite chirurgicale.

Je ne dis rien ici qui puisse étonner M. Verneuil, car les réserves que la vérité clinique nous oblige d'apporter à sa doctrine de prédilection, il les a lui-même indiquées. Et ceci m'amène à tenter quelques mots de réponse à une question que l'éminent professeur nous adressait au début de la discussion : « Pourquoi, jusqu'ici, dans les réunions où j'ai développé mes idées générales, les a-t-on toujours accueillies avec une attention courtoise, mais silencieuse ? » Je dirai volontiers que la faute en est à M. Verneuil lui-même. Il y a des chefs d'école qui annoncent leurs idées avec fracas et les exagèrent pour les mieux imposer ; par là même ils soulèvent une ardente opposition, d'où la vérité à la longue se dégage. M. Vernenil n'a pas eu ce despotisme ambitieux ; il a ouvert une enquête, il a marché pas à pas, il s'est critiqué lui-même, et nous n'avons eu qu'à prendre sa doctrine, toute munie des réserves que les faits y apportent. Que fait en ce moment la Société de chirurgie, provoquée sur le terrain choisi par M. Verneuil ? MM. Trélat et Després sont tombés d'accord avec lui sur l'influence réciproque du traumatisme et des diathèses, et ont demandé seulement qu'elle ne soit pas formulée dans des termes absolus ; c'est précisément ce que M. Verneuil avait dit lui-même en maint endroit de ses ouvrages. Il n y a donc pas, en quelque sorte, matière à discussion, et la doctrine ne peut soulever de violents orages, à la condition de n'être pas livrée aux fantaisies des esprits faux, et d'être tempérée par la double restriction suivante :

1° Quand l'organisme, en puissance d'un état constitutionnel défini, possède encore de bons tissus et n'est pas sérieusement affaibli, nous ne devons pas nous intimider outre mesure ni prévoir des dangers sans nombre ;

2° Si nous avons pour principe de nous limiter, autant que possible, aux opérations nécessaires, la connaissance d'un état mor-

bide antérieur peut assombrir le pronostic, mais il est rare qu'elle modifie profondément la conduite chirurgicale.

Description d'un mode d'application des appareils de tarlatane plâtrée permettant d'éviter la consolidation vicieuse des fractures de la clavicule,

par le Dr Richon, médecin-major de 1re classe.

Rapport par M. Chauvel.

Maintenir réduite une fracture de la clavicule n'est pas toujours chose facile. Les bandages et les appareils imaginés à cet effet ne se comptent plus, et cependant la plupart des praticiens, peu satisfaits de leurs résultats, se contentent de l'écharpe de Mayor et de celle du professeur Gosselin.

Notre collègue *Le Dentu* maintient la réduction avec une bande plâtrée formant huit de chiffre sur l'épaule malade, fixant le bras contre le tronc et soulevant le coude. Un coussin axillaire complète l'action de ce bandage, immédiatement appliqué sur la peau et qui se rapproche singulièrement de celui de *Velpeau*, avec la solidité en plus. (*Duprat-Bernard.* Contribution à l'étude du traitement des fractures. (Appareils plâtrés.) *Thèse de Paris,* 1878, t. X.) M. *Péan* utilise également un bandage plâtré qui se rapproche singulièrement du précédent. (*Clinique*, t. II et III.)

De son côté, notre excellent collègue, le Dr *Servier*, a conseillé le cataplasme de plâtre, directement coulé sur la région claviculaire, et lui a dû une consolidation régulière. (*Gazette hebdomadaire*, 1874.) Mais tout en montrant ses avantages, il n'hésite pas à reconnaître que les linges plâtrés seraient peut-être d'un emploi plus commode.

Ayant, en 1876, obtenu un succès complet avec le plâtre coulé, mais dans une fracture aisément réductible, le Dr Richon voulut s'en servir en 1882. Cette fois, les fragments, très mobiles, ne pouvant être maintenus pendant le coulage de la bouillie plâtrée, se déplacèrent bientôt sous l'appareil. L'insuccès fut complet. Il est facile de se l'expliquer, si l'on réfléchit que le moindre mouvement du patient tend à faire glisser le moule, et qu'appliqué dans la position horizontale, il cesse de s'adapter exactement aux parties sitôt que le blessé s'assied où se lève.

Pour assurer à l'appareil une action réelle et efficace, il faut, dit notre confrère : 1° augmenter la surface de la cuirasse en diminuant son poids pour lui assurer un large point d'appui sur les par-

ties thoraciques ; 2° la fixer au bord supérieur de l'épaule pour éviter le glissement ; 3° maintenir avec la main la coaptation des fragments jusqu'à la solidification du plâtre, quand la position ne peut pas assurer seule la réduction.

Ces conditions, le Dr *Richon* croit les réaliser en employant la tarlatane plâtrée de la façon suivante. Ici, je lui laisse la parole : « Nous formons l'appareil de trois pièces séparées. Chacune s'applique mieux en raison de sa moindre surface et nous évitons plus sûrement les soufflures provenant de l'air retenu sous l'étoffe. Ces pièces sont taillées avec de la tarlatane repliée quatre fois sur elle-même ; quatre doubles donnent une solidité suffisante, unie à une grande légèreté.

« Supposons, pour faciliter la description, une fracture de la clavicule droite. Après avoir garni le creux axillaire de coton roulé dans l'amidon et protégé les deux mamelons avec des mouches de diachylon, on applique une première pièce de forme triangulaire, destinée à couvrir la poitrine, dont la base suivra les mamelons depuis le bord postérieur de l'aisselle droite jusqu'au bord antérieur de l'aisselle gauche ; le côté droit du triangle contournant l'aisselle remontera vers la clavicule ; le gauche ira diagonalement de l'articulation sterno-claviculaire droite rejoindre la base de l'aisselle du côté opposé. Toute la région pectorale droite sera ainsi couverte de tarlatane plâtrée.

« La seconde pièce est taillée en forme de gouttière pour envelopper tout le moignon de l'épaule et le bord du trapèze. Elle doit descendre en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, et en avant jusqu'à la clavicule ; elle s'unira à la première en avant de l'aisselle. L'appareil est complété par une bande étroite, unissant les deux autres pièces en serrant et formant le long du cou un demi-col droit, échancré en avant pour dégager la fossette sous-sternale et éviter toute compression de nature à gêner les mouvements de la trachée. Le bord relevé a pour but de fournir un point d'appui pour la fixation ultérieure.

« Si la réduction peut être maintenue par la simple position, aidée au besoin d'un coussin long et dur placé longitudinalement entre les deux épaules, les trois pièces de l'appareil se croiseront en avant sur la clavicule fracturée. Si, au contraire, il est nécessaire de maintenir avec la main la coaptation des fragments, ces pièces laisseront à découvert au siège de la fracture, un espace suffisant pour l'application des doigts qui resteront en place jusqu'à la prise du plâtre. C'est alors seulement, qu'après s'être assuré de l'exactitude de la coaptation le chirurgien remplace cette lacune avec un peu d'étoffe trempée dans le plâtre.

« Enfin, il fixera l'appareil devenu solide à l'aide de deux lon-

gues bandes de diachylon dont l'une fera deux circulaires autour du thorax, et l'autre deux obliques entre le petit col et l'aisselle du côté opposé. Il assurera mieux encore l'adhérence de cette sorte de cuirasse par des jets de bandes circulaires autour de la poitrine et quelques obliques allant du creux de l'aisselle droite à l'épaule opposée. Il évitera par cette précaution que dans le décubitus dorsal, la poitrine en s'affaissant ne se sépare du plâtre.

« Pendant la pose de l'appareil, l'avant-bras est placé en demi-flexion sur la région épigastrique, il sera maintenu par une écharpe dans cette situation.

« Grâce à cette disposition, l'appareil s'appuie sur une base embrassant la moitié du périmètre thoracique. Il est comme accroché au trapèze et solidement appliqué contre le cou par son bord relevé; il ne peut donc se déplacer. L'épaule immobilisée dans son moule de plâtre ne peut se porter, ni en bas, ni en dedans, ni par conséquent entraîner avec elle le fragment externe. Les fragments, exactement maintenus sur toute leur longueur, n'ont pas de tendance à saillir en avant, ni à se déplacer suivant leur épaisseur. En arrière, l'un d'eux, généralement l'externe, en raison de la direction habituelle du trait de la cassure dans les fractures obliques peut un peu s'écarter vers la profondeur, d'où un élargissement sensible de l'os à ce niveau après la consolidation, avec légère saillie des pointes des fragments en avant et en arrière. Mais la forme générale de la clavicule n'est pas altérée et ces petites saillies finissent par disparaître.

« Cette cuirasse, placée le 7e ou 8e jour, quand le premier gonflement s'est dissipé, peut rester en place jusqu'à la consolidation. Toutefois il sera mieux, surtout si l'on constate de la tendance au déplacement, de la remplacer au bout de 9 à 10 jours, en raison du retrait des parties molles, par l'amaigrissement et le dégonflement. Ce sera l'occasion de vérifier une dernière fois la coaptation et d'assurer plus complètement la perfection du résultat.

« Pour les fractures sans déchirure du périoste et sans tendance au déplacement, dans lesquelles l'écharpe suffit généralement pour obtenir une consolidation régulière, l'appareil plâtré mérite encore la préférence, parce qu'il ne nécessite pas, comme l'écharpe, une surveillance et des rectifications de chaque jour. »

Avant d'examiner les faits apportés par notre distingué confrère de Belfort, à l'appui des bons résultats que théoriquement doit donner son appareil, j'ai tenu à vous le faire connaître par cette description empruntée à l'auteur lui-même. J'ai conservé son mémoire pendant quelques mois, espérant qu'un cas de fracture de la clavicule me fournirait l'occasion d'expérimenter son bandage. — Cette occasion m'a manqué.

Au point de vue théorique, l'idée est ingénieuse, et la façon d'employer le plâtre ne manque pas d'originalité. Cependant, je me demande s'il est bien nécesaire de former la cuirasse de tant de parties séparées, et si ces trois pièces juxtaposées n'ont pas plus de tendance à se disjoindre, qu'un moule formé d'un seul ou tout au plus de deux morceaux. Puis, en examinant de plus près, je trouve que la pièce principale, celle qui enveloppe le moignon sur l'épaule et recouvre l'os fracturé, surtout si elle est un peu serrée par les lacs de diachylon, doit plutôt repousser l'épaule en dedans que la porter en dehors. Il me paraît également, qu'en avouant la nécessité de maintenir la cuirasse par des bandelettes de sparadrap et même par des bandes, l'auteur doute lui-même de son adhérence intime avec les parties. Mais je ne veux pas pousser plus loin ces critiques, que l'observation clinique peut seule justifier en somme, et je laisse la parole aux faits.

Le mémoire du Dr *Richon* contient cinq observations. L'observation IV, se rapportant à une fracture de la clavicule avec déplacement peu étendu, traitée par l'écharpe de Gosselin, ne peut entrer en ligne de compte.

Dans le premier cas (obs. I), la fracture très oblique s'accompagnait d'un chevauchement considérable des fragments.

Le plâtre coulé sur la région, suivant la pratique du Dr Servier, avait complètement échoué. C'est alors que le Dr Richon eut l'idée d'employer la tarlatane, en ménageant une fenêtre qui permit de maintenir la coaptation avec la main pendant la solidification des pièces de l'appareil. Laissée en place pendant 23 jours, la cuirasse ne fut enlevée qu'après la consolidation complète. Le raccourcissement était d'un demi-centimètre, et l'os présentait une légère incurvation de convexité antéro-supérieure. Somme toute, ce résultat était satisfaisant, étant donné le chevauchement considérable des fragments et les difficultés de la contention. Cependant, notre confrère ne se déclare pas absolument satisfait ; il croit que le résultat eut été plus parfait encore, si l'appareil avait été renouvelé vers le dixième jour.

L'observation II a trait à une fracture légèrement oblique, de cause indirecte, avec raccourcissement d'un centimètre et demi. Appliquée le sixième jour, la cuirasse ne reste en place qu'un peu plus de deux semaines. La consolidation est complète, sans raccourcissement, il n'existe qu'un faible déplacement suivant l'épaisseur.

Il n'y a rien à conclure du fait III. Le déplacement n'existait pas, l'appareil n'eut d'autre rôle que de maintenir les parties en repos, et la consolidation fut naturellement régulière et parfaite.

L'observation V et dernière, est intéressante à un autre point de

vue. Pris entre un arbre et une voiture en mouvement, le blessé présentait une fracture simultanée des deux clavicules en même temps qu'une fracture des côtes. A gauche, le périoste conserve l'absence de déplacement et de déformation; à droite, l'engrènement des fragments que tous les efforts de réduction permis, ne parvinrent pas à séparer et à remettre en situation normale ne permettaient pas d'espérer quelque résultat de l'action d'un appareil. Le Dr *Richon* se décida cependant à appliquer sa cuirasse de tarlatane plâtrée, pour immobiliser les deux épaules. La guérison se fit, mais sans modifier la situation des os déplacés.

Bien que n'étant pas excessivement rares, puisque le Dr *Dupuy* en a pu revoir 13 cas dans sa thèse inaugurale. (*Étude sur quelques cas de fractures simultanées des deux clavicules.* Thèse de Paris, 1879, t. 13.) Les fractures simultanées des deux clavicules ne s'observent pas fréquemment. Directes ou indirectes, elles n'ont été rencontrées que chez l'homme et s'accompagnent d'habitude de deux symptômes spéciaux: la dyspnée et la rectitude de la tête.

Bien que le malade du Dr Richon, présentât en même temps que cette double lésion claviculaire une fracture des côtes, il ne remarque aucune gêne de la respiration. Ainsi que le remarque judicieusement notre confrère, les deux clavicules ayant conservé leur rigidité, le fait n'a rien que de très compréhensible.

En résumé, des cinq observations rapportées dans ce travail, il n'en est que deux, les faits I et II, qui témoignent en faveur de l'appareil du Dr *Richon* d'une manière incontestable. Les autres ne plaident ni pour, ni contre; le déplacement n'existant pas il n'y avait pas lieu d'y porter remède. Cependant, malgré ce petit nombre d'observations, qui ne nous donnent pas le droit de juger la valeur de l'appareil, malgré les objections théoriques qu'on lui peut adresser, nous n'éprouvons aucune appréhension à le conseiller, et nous nous proposons de l'employer à la première occasion. La cuirasse une fois bien appliquée, exactement moulée sur ses parties et fixée par des bandelettes de sparadrap, ne doit se déplacer que difficilement. Ce qui nous paraît à craindre, c'est que les parties ne se déplacent sous la cuirasse, c'est que le moignon de l'épaule que rien n'attire ou ne retient en dehors, soit graduellement entraîné en dedans, et ne permette ainsi le chevauchement des fragments. C'est là un point de fait à vérifier et l'expérience seule peut y répondre.

Quoi qu'il en soit, Messieurs, nous devons être reconnaissants à M. le Dr Richon de ses essais ingénieux. Si son appareil doit aller rejoindre dans l'arsenal chirurgical, les innombrables bandages imaginés pour la contention des fractures de la clavicule, avec chevauchement et mobilité des fragments; il nous fournit cependant

un moyen commode d'immobiliser les parties autant que faire se peut, et d'éviter ces changements incessants et ces rectifications que nécessitent les écharpes et les bandes.

Je vous propose donc, Messieurs, ayant fait entrer dans ce rapport la description textuelle de l'appareil de notre confrère, et y ayant résumé ses observations :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;
2° De déposer son mémoire dans nos archives;
3° De lui donner place dans un rang honorable, parmi les candidats au titre de membre correspondant national de notre société.

M. Després. L'occasion s'est déjà présentée d'apprécier ici la valeur des appareils moulés, dans le traitement des fractures de la clavicule. Je puis, à ce propos, rappeler l'insuccès flagrant d'un chirurgien qui avait promis de guérir sans difformité, au moyen d'un moule en gutta-percha et d'un appareil fixant à la fois le moule et les deux épaules, une princesse appartenant à la famille du dernier empereur; le cal fut des plus apparents. Jamais un moule, si parfait qu'il soit, n'empêchera le déplacement de se produire. Si, comme cela s'observe quelquefois, et particulièrement chez les jeunes sujets, grâce à la conservation du périoste, il n'y a qu'un déplacement insignifiant, la simple écharpe, ou le bandage bouclé de Boyer, suffiront et le résultat paraîtra magnifique. Il ne faut pas se faire d'illusions ; ce n'est que dans des cas de ce genre qu'on sera exposé à attribuer à un appareil moulé, un succès qu'on aurait obtenu sans aucun appareil. Je me rappelle avoir observé un charretier qui, serré entre sa voiture et un plan résistant, avait eu les deux clavicules cassées en même temps ; la difformité promettait d'être considérable, et cependant elle fut très légère, les deux cals étaient à peine apparents. L'explication ici est fort simple, la douleur des deux membres supérieurs était telle que le malade resta immobilisé sur le dos pendant un temps qui fut assez long pour assurer la soudure des fragments. Cette immobilité, aucun appareil ne peut la produire, c'est pourquoi je n'emploierai pas plus l'appareil de M. Richon, que les appareils analogues préconisés antérieurement au sien; et je n'aurais pas été aussi favorable que M. le rapporteur l'a été dans ses conclusions.

M. Chauvel. Je sais que la plupart des chirurgiena sont de l'avis de M. Desprès; mais je ne crois pas qu'on puisse affirmer que jamais on ne pourra trouver un appareil qui immobilise assez les fragments d'une clavicule pour en maintenir la réduction. Quant au reproche d'avoir été favorable au présentateur, je crois qu'il faut

toujours savoir gré aux praticiens qui visent au progrès et qui nous adressent leurs travaux.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 9 mai 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° M. Perier offre à la Société, de la part de M. le professeur Tilanus, correspondant étranger le discours prononcé à l'ouverture de son cours 1882-83, à l'Université d'Amsterdam.

M. le Président annonce à la Société que M. Denucé, doyen de la Faculté de Bordeaux, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Larger. Le rapport de mon excellent ami M. Chauvel, me fournit l'occasion de prendre la parole au sujet d'une écharpe nouvelle dont l'emploi s'applique aussi bien aux fractures de la clavicule, qu'à toutes les lésions du membre supérieur.

Les inconvénients de l'écharpe de J.-L. Petit sont de deux sortes :

1° La pression exercée sur la nuque qui devient rapidement pénible pour les malades.

2° La laxité de la base de l'écharpe faisant le tour du thorax et y fixant le bras d'une manière insuffisante.

Dans les écharpes de Mayor, de Gosselin, d'Adolphe Richard, la

pression, au lieu de porter sur la nuque, est avantageusement répartie sur les 2 épaules; mais ces appareils ne suppriment que ce seul inconvénient : la laxité de la base de l'écharpe, persiste toujours, quoique à des degrès de moins en moins prononcés.

Je crois avoir réalisé ce désideratum de la manière suivante : On se sert : 1° D'une paire de bretelles ordinaires; 2° D'une serviette rectangulaire, d'une longueur un peu supérieur à la circonférence du thorax; 3° De quelques épingles, dites épingles de nourrice, et d'épingles ordinaires.

Les bretelles étant en place, on entoure la base du thorax, au niveau des ardillons des bretelles, avec un des grands côtés de la serviette (un peu repliée en dedans, de façon à en doubler l'épaisseur), et l'on croise en arrière les deux extrémités de cette serviette, au niveau de l'intersection des deux bretelles. On applique là une ou deux épingles de nourrice.

On revient ensuite en avant. On dégage successivement le bout flottant de chaque bretelle de l'ardillon dans lequel il est fixé. On pique cet ardillon dans le bord correspondant de la serviette, et le bout flottant de la bretelle est implanté par-dessus. La base de l'écharpe se trouve ainsi solidement fixée au thorax.

Le bras malade est ensuite placé contre la poitrine. On relève par-dessus ce dernier le bord inférieur de la serviette qu'on replie en-dedans de la manière que l'on juge convenable et on la fixe, à l'aide d'une épingle de nourrice, à l'une et à l'autre bretelle, à la hauteur qu'on désire.

Quant aux extrémités de la serviette, on les passe, l'une par-dessus le bras malade, et l'autre par-dessous le bras sain. La première, fortement serrée, maintient solidement le bras contre la poitrine et se fixe, à l'aide d'épingles de nourrice, aux 2 branches postérieures des bretelles, au niveau des omoplates. L'autre extrémité, ainsi que toutes les parties flottantes de la serviette, se rattachant à volonté, à l'aide d'épingles ordinaires. On peut encore maintenir l'avant-bras en avant, par quelques points de couture ou par quelques épingles de nourrice appliqués le long de bord cubital.

Cette écharpe immobilise parfaitement toutes les articulations du membre supérieur. Dans les lésions de l'avant-bras, je me sers d'un linge triangulaire dont la base s'applique de la même manière que précédemment, et dont la pointe se relève et se fixe à la partie antérieure de la bretelle du côté malade.

Avec l'écharpe telle que je l'applique, les malades peuvent boutonner et déboutonner leur pantalon sans nuire en aucune façon à la solidité de l'appareil. On peut l'appliquer indifféremment sur

la chemise ou directement sur la peau; aux hommes aussi bien qu'aux *femmes*.

C'est à Metz, en 1870, où j'avais à traiter beaucoup de blessures des membres supérieurs, que j'employai pour la première fois mon écharpe, et que je pus en constater tous les avantages. Je n'ai cessé d'en faire usage depuis lors, et n'ai eu qu'à m'en féliciter. Hier encore j'ai eu occasion de l'appliquer dans un cas de fracture de la clavicule. Voici de quelle manière : le malade a été revêtu d'une chemise de flanelle, l'écharpe posée par-dessus ; un gros tampon d'ouate sous l'aisselle, et un autre tampon plus petit, sous la bretelle, au niveau de la fracture. Le malade se trouve fort à l'aise dans son appareil et se livre sans effort à ses occupations d'entraîneur.

M. Després. L'appareil que nous présente M. Larger, ressemble beaucoup à l'écharpe de Mayor. Je lui trouve un sérieux désavantage, c'est qu'il enferme la main et expose à la raideur du poignet. Le bandage que j'emploie pour maintenir le membre supérieur, et que j'ai figuré dans ma chirurgie journalière n'offre pas cet inconvénient.

M. Championnière. Je ferai une simple réflexion : ce bandage me semble inférieur a celui qu'on appelle, écharpe de Mayor modifiée et qui se fait avec un bandage de corps et des simples bandes.

M. Larger. J'ai trouvé que l'écharpe de Mayor glissait plus facilement et soutenait moins bien les bras que l'écharpe dont je viens de vous montrer l'application.

Discussion sur l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Verneuil. Comme mon excellent ami, M. Trélat, l'a fort bien compris, j'ai voulu dans mon rapport sur l'observation de M. Redard faire ressortir particulièrement trois points.

A. Insister sur l'action nocive que le traumatisme accidentel ou chirurgical peut exercer sur les états pathologiques locaux ou généraux antérieurs à la blessure.

B. Protester vivement contre l'opinion actuellement dominante qui subordonne à peu près exclusivement le pronostic du traumatisme à l'apyrexie des blessés et à l'asepsie des traumas.

C. Signaler enfin la voie dangereuse où se trouvent fatalement engagés les chirurgiens qui ignorent ou dédaignent les périls in-

trinsèques du traumatisme et qui croient trop à l'infaillibilité de l'antisepsie.

Comme annexe à cette dernière proposition, j'ai exposé ce que je crois être les vraies tendances de la chirurgie française, tendances destinées, je l'espère, à survivre aux entraînements passagers d'une pratique égarée par le succès.

M. Trélat n'a peut-être pas assez remarqué que ces divers points, tout en étant connexes, restaient néanmoins indépendants, et que les dernières propositions n'étaient point une conséquence nécessaire du théorème initial.

D'ailleurs, je suis très heureux de constater que l'entente est bien près de se faire entre nous. « Le désaccord, suivant l'expression même de mon honorable argumentateur, portant plus sur la forme que sur le fond. » S'il en est ainsi, j'aurai commis des fautes dans mon exposition, auquel cas quelques explications feront cesser les malentendus. Je n'entrerai pas dans le fond du débat sans remercier M. Trélat, non seulement d'avoir répondu à mon appel sur le terrain scientifique, mais encore de l'avoir fait avec cette courtoisie, cette urbanité qui rendent la contradiction quasi agréable.

J'entrevois le premier malentendu.

M. Redard en terminant son récit avait dit : « Certains faits tendent à prouver que le traumatisme a le pouvoir de modifier les dyscrasies dans un sens défavorable. »

Dans mon rapport j'avais renchéri. « Dans le cas actuel, disais-je, l'augmentation de l'albumine démontre avec la dernière évidence ce fait général qui ne saurait être trop mis en relief, à savoir l'action aggravante du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. »

Sur la foi de cette affirmation, M. Trélat a cru que j'élevais à la hauteur d'une loi ce qui n'était qu'un fait contingent plus ou moins commun. Alors, il m'a reproché avec une apparence de droit une généralisation excessive et inacceptable. Il aurait eu bien raison de me blâmer si j'avais réellement pensé, dit ou écrit quelque part cette énormité que le traumatisme aggrave *toujours* les propathies. Mais je n'ai point commis un pareil délit, et il me semble que si mon honorable ami avait mieux lu certaines lignes de mon discours, il y aurait trouvé ma justification.

Voici ce que je disais en effet, quelques minutes après avoir énoncé la proposition coupable. « Abstraction faite des complications venues du milieu ambiant, le traumatisme à lui seul intervenant sur des sujets antérieurement atteints de maladies diverses *peut exercer*, et *souvent en effet exerce* une action puissante sur ces maladies.

Ces mots : « peut exercer et exerce souvent » indiquent bien que l'action n'est pas constante et ne saurait être érigée en loi.

Et cette action, d'ailleurs, je ne la considère pas comme nécessairement aggravante, bien au contraire, puisque j'ajoute que cette action intrinsèque du traumatisme peut être *salutaire* ou *nuisible*, ou à la fois *salutaire et nuisible.* »

Si j'avais mieux rédigé l'une de mes phrases et si M. Trélat avait mieux lu deux des suivantes, le léger conflit que je viens d'apaiser, je l'espère, n'aurait pas eu lieu.

Je trouve un second malentendu, tout aussi aisé à dissiper.

L'opéré dont M. Redard a rapporté l'histoire était à la fois atteint de septicémie chronique, de tuberculose pulmonaire et d'albuminurie. Je l'ampute, la plaie opératoire évolue à souhait, les symptômes thoraciques s'amendent; les phénomènes généraux imputables à la septicémie disparaissent. Comment voir ici, s'écrie M. Trélat, une action aggravante du traumatisme lorsqu'au contraire l'amélioration est tout à fait manifeste! Je réponds qu'il y a une ombre dans ce riant tableau. L'albumine a notablement augmenté, la quantité totale rendue dans les 24 heures a triplé pendant quelques jours, et comme nous sommes, à tort ou à raison, dans l'habitude de considérer comme une aggravation de l'albuminurie ou de la glycosurie l'augmentation absolue dans la quantité de sucre ou d'albumine éliminé en 24 heures, je conclus que le traumatisme a momentanément aggravé la propathie rénale. Certes, M. Trélat a raison en faisant ressortir les bienfaits de l'amputation, et je n'ai pas tort en montrant le retentissement fâcheux de la même amputation sur l'affection des reins. Mais voici où j'ai péché : j'aurais dû donner précisément ce fait comme une preuve de l'action à la fois *salutaire* et *nuisible* du traumatisme et nous eussions été vite d'accord si j'avais formulé la proposition suivante. « Lorsque le même sujet est à la fois atteint de plusieurs propathies, le traumatisme peut réagir d'une manière différente sur chacune d'elles ; d'où la nécessité, pour établir le pronostic, de calculer les chances favorables ou fâcheuses de tous les facteurs morbides réunis.

J'accorde que dans le cas de M. Redard, l'aggravation n'a pas tout d'abord eu de conséquence funeste ; mais c'est là un fait heureux sur lequel il ne faudrait pas trop compter[1]. En effet, M. Richardière a communiqué à l'Association française (session d'Alger, 1881), une très intéressante observation qui présente avec celle de M. Redard beaucoup d'analogie.

Il s'agissait d'un malade atteint d'ostéo-arthrite tibio-tarsienne avec fistules multiples. Les douleurs étaient vives, l'état général

[1] Voir plus loin la fin de l'observation.

assez mauvais; il y avait au sommet des poumons des lésions tuberculeuses assez avancées, on avait reconnu enfin de la polyurie et la présence dans l'urine d'une certaine quantité d'albumine.

Le 29 février M. Polaillon pratique l'amputation de la jambe à la partie inférieure avec l'aide du chloroforme et en suivant toutes les règles de la méthode de Lister; réunion immédiate, drainage, pansement antiseptique, rien n'y manquait. Les deux premiers jours se passent bine.

Le 1er février, en renouvelant le pansement, on trouve le moignon rouge et douloureux; il y a de l'anorexie et un peu de fièvre; l'albumine a notablement augmenté.

Le 2, très peu de suppuration; plaque de sphacèle au niveau des sutures.

Le 4, nuit très agitée, délire presque continuel; l'eschare s'est considérablement étendue.

Le 5, la gangrène gagne le lambeau antérieur, remonte sur la jambe à 10 ou 12 centimètres de la plaie primitive, puis se limite spontanément le 9; mais l'état général reste mauvais; fièvre, anorexie, délire la nuit, coma habituel. L'albumine se trouve en proportion plus forte que jamais.

Les choses vont en s'aggravant peu à peu; les lésions pulmonaires paraissent s'accroître. L'opéré succombe le 15 comme les sujets atteints d'affections rénales. A l'autopsie, néphrite interstitielle très avancée[1].

Pour écarter toute équivoque, il me semble également nécessaire d'indiquer nettement ce que j'entends par aggravation, M. Trélat se refusant à reconnaître cette dernière là où je la trouve évidente.

A mon sens, une propathie doit être considérée comme s'aggravant : —quand les lésions anatomiques et les altérations humorales augmentent en étendue et en intensité; — quand ses manifestations tendent à se généraliser ou à envahir du moins de nouveaux organes, et surtout ceux qui sont indispensables à la vie — quand de latente elle devient patente; de stationnaire, progressive; de passagère, continue; — quand elle présente prématurément et anachroniquement, si je puis ainsi parler, des accidents qui appartiennent à ses phases ultimes; — quand elle entraîne des complications qui par elles-mêmes menacent plus ou moins l'existence. Tous ces modes d'aggravation sont incontestables; or, si l'on admet que le traumatisme est capable de les réaliser tous, et la chose ne serait pas difficile à prouver, on comprendra que j'aie présenté l'action

[1] BRUCHET, *Rapport des affections rénales avec les maladies chirurgicales*. Thèse inaug. 1881, p. 36.

aggravante du susdit traumatisme comme un fait général fort digne d'attirer l'attention des chirurgiens.

Reste à savoir si ces aggravations sont très exceptionnelles ou seulement rares, ou assez fréquentes pour qu'il en faille tenir compte dans la pratique. Ce point est assez intéressant pour que je l'examine avec quelque soin.

Je constate d'abord qu'il n'y a aucune dyscrasie, aucune affection organique isolée dont le traumatisme ne puisse assombrir le pronostic.

On sait que les blessures légères ou graves, exposées ou interstitielles, provoquent souvent les phénomènes nerveux de l'*alcoolisme :* deliriu[1]mtremens, insomnie opiniâtre, convulsions, crises épileptiformes — accroissent d'ordinaire les symptômes du *diabète :* polyurie, polydipsie, glycosurie — rappellent communément chez les anciens *paludiques*, soit la fièvre, soit les formes larvées, et chez certains sujets opérés ou gravement blessés, suscitent des accès pernicieux qui amènent rapidement la mort.

L'apparition assez fréquente d'exostoses ou d'ulcérations caractéristiques au point contus ou vulnéré chez de vieux *syphilitiques* depuis longtemps exempts de manifestations sensibles, accuse clairement le réveil de la diathèse en apparence éteinte. J'ai publié l'observation d'une dame chez laquelle la cautérisation au fer rouge d'une altération rebelle du pouce retentit sur une gomme cérébrale tout à fait ignorée, à ce point que la mort survint au bout de quelques jours [1].

On ne compte plus les cas où une chute, une entorse, une contusion, une ponction d'hydrocèle ont fait reparaître soudainement la *goutte* ou le *rhumatisme* depuis longtemps assoupis.

En l'absence même de documents numériques, on peut affirmer que le traumatisme intervient fréquemment dans l'apparition première, la localisation secondaire et même la généralisation de la *scrofule* et de la *tuberculose*. L'aggravation de la phthisie pulmonaire par les opérations chirurgicales n'est plus à démontrer. D'après M. Ch. Leroux, les amputations des membres chez les poitrinaires accélèrent la marche des lésions thoraciques dans la moitié des cas [2]. C'est à cette redoutable stimulation que sont dues ces morts tout à fait imprévues qui surviennent 3, 4, 5 ou 6 jours après l'ablation des membres, sans qu'il n'y ait ni septicémie, ni pyohémie, mais avec les seuls symptômes de la phtisie aiguë. L'autopsie montre très clairement d'une part les lésions anciennes, anté-

[1] *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1879, vol. III, p. 371.

[2] *Des amputations et des résections chez les phtisiques.* Thèse de doctorat, Paris, 1880.

rieures à l'opération, et de l'autre, la poussée de tuberculose, de pneumonie ou de pleurésie surajoutée, de date fraîche et à laquelle est due la mort.

J'ai observé avec MM. Bouilly et Duret un cas de ce genre tout à fait terrifiant, qui a été indiqué, bien sommairement par malheur, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, p. 818.

Il s'agissait d'une grande jeune fille, de belle constitution apparente, et qui était entrée dans nos salles pour un abcès froid de la partie supérieure de la cuisse. La cause et le point de départ de cette affection étaient fort obscures; on reconnut seulement au sommet des poumons les signes d'une tuberculisation commençante que l'on n'aurait point soupçonnée si l'on s'en était rapporté à l'aspect extérieur.

Nous fîmes la ponction et vidâmes le contenu de la poche. Soudainement éclatent du côté de la poitrine des accidents rappelant ceux de la phtisie foudroyante et qui enlèvent la malade en trois jours.

A l'autopsie, on trouva, outre les lésions pulmonaires, une communication très étroite de l'abcès inguinal avec une autre collection sous-périostique provenant d'une carie des deux dernières vertèbres lombaires.

Trois fois dans ces dernières années, j'ai observé des fractures des côtes chez des tuberculeux. Trois fois, ces lésions fort simples en elles-mêmes et qui, chez des sujets bien portants, eussent offert certainement la marche la plus bénigne, ont provoqué des accidents pulmonaires.

Une femme qui était en même temps alcoolique, a succombé à une pneumonie du sommet du poumon infiltré de tubercules.

Un homme qui, après huit mois, est encore dans nos salles, se livrait à son travail ordinaire, lorsqu'il fit une chute et se fractura la cinquième côte vers son tiers antérieur. La fracture n'était point compliquée en apparence, point de plaie extérieure, point d'emphysème ni d'hémoptysie, ni d'épanchement pleural primitif. Des accidents fébriles graves éclatèrent cependant, préludes de la formation d'un vaste abcès de la paroi thoracique, qu'il fallut ouvrir plus tard et qui resta fistuleux parce qu'il répondait à l'extrémité dénudée et nécrosée des fragments costaux.

Pendant la phase aiguë du phlegmon thoracique, une induration épididymaire se mit à suppurer sans provocation aucune, car le patient ne quittait point le lit.

La tuberculose pulmonaire est aujourd'hui stationnaire, mais la fistule de la paroi thoracique persiste encore, malgré la résection des bouts fracturés faite il y a trois mois environ.

Un troisième malade est également couché dans mon service ; il

toussait et crachait depuis longtemps, mais se livrait à ses travaux : il tombe et se fracture une côte du côté droit. Au bout de quelques jours se déclare une pneumonie aiguë à gauche, sans préjudice de lésions moins graves, mais non équivoques, du poumon répondant à la fracture.

Les fractures de côtes étant fort communes et la tuberculose pulmonaire n'étant pas rare, il serait facile d'étudier la marche des deux lésions en cas de coïncidence.

Dans aucun cas l'action stimulante du traumatisme n'est plus évidente que dans le fait suivant, également tiré de ma pratique et rapporté en partie dans la thèse de M. Pozzo di Borgo (Paris, 1874, p. 24).

F. 39 ans, maigre, de constitution médiocre, entre dans mon service pour une tumeur des bourses que je considère comme un fongus bénin du testicule. Le 30 janvier 1874, j'enlève la tumeur avec l'écraseur linéaire et je cautérise avec le fer rouge quelques fistules.

Dans les jours suivants, la plaie se déterge et l'état local reste satisfaisant, mais l'opéré se plaint de violentes douleurs à la tête, qui ôtent le sommeil et l'appétit. Quelques petits vésicatoires aux tempes, pansés avec le chlorydrate de morphine et le chloral à l'intérieur, amènent du soulagement. A la fin de février, tout va bien ; les douleurs névralgiques ont cessé. Dans les premiers jours de mars elles reviennent, surtout la nuit, et deviennent intolérables. Elles n'ont pas de caractères précis et siègent tantôt au front, tantôt à l'occiput. Les membres supérieurs et inférieurs sont engourdis ; toutefois il n'y a ni paralysie ni anesthésie ; parfois un peu de délire. Une nuit le malade tombe de son lit et se fait une petite plaie de tête.

Vésicatoire à la tempe, bromure de potassium, sulfate de quinine ; les accidents se calment, les douleurs et le délire disparaissent, l'état général redevient bon, la plaie se cicatrise. Le 24 mars l'opéré va en convalescence à Vincennes dans l'état le plus satisfaisant.

Toutefois les accidents cérébraux et la constatation de quelques noyaux d'induration au sommet des poumons font craindre une tuberculose en voie de généralisation.

L'observation de M. Pozzo di Borgo s'arrête là. En voici le dénouement.

F. rentra dans mon service au mois de juillet. Le fongus s'était reproduit en grande partie ; sa surface était large, douloureuse, et suppurait abondamment.

L'état général pourtant n'était pas mauvais. Les lésions thoraciques n'avaient pas fait de sensibles progrès et les symptômes cérébraux semblaient tout à fait dissipés.

Bref, après avoir tenu plusieurs jours F. en observation, je ne vis aucune contre-indication à une intervention nouvelle devant avoir pour résultat la destruction définitive de la tumeur.

J'y procédai avec l'écraseur linéaire et la cautérisation complémentaire avec le fer rouge.

Le lendemain, éclatèrent à l'improviste des accès épileptiformes et du délire, suivis d'un état comateux rapidement terminé par la mort moins de 48 heures après l'opération.

Avant de mourir, le malade échappant à la surveillance s'était levé et était sorti à peu près nu dans la cour.

A l'autopsie, outre une congestion pulmonaire double, généralisée et très intense, on trouva un tubercule cru du volume d'une noix dans l'hémisphère droit du cerveau et un autre tubercule crétacé plus petit dans le cervelet.

On connaît les relations qui existent entre les contusions du scrotum et la tuberculisation testiculaire. — On accepte de plus en plus le pouvoir pathogénique du traumatisme dans les synovites articulaires ou tendineuses des scrofuleux, dans les abcès para-osseux, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses et jusque dans le mal de Pott. L'observation nous révèle un retentissement de traumatisme bien plus redoutable encore, je veux parler de ces méningites tuberculeuses éclatant d'une façon brusque et imprévue peu de jours après une opération quelquefois peu importante.

Les faits de ce genre ne doivent pas être bien rares. J'en trouve trois fort concluants dans le seul mémoire de M. Lannelongue sur les abcès tuberculeux et la tuberculose osseuse.

En voici le résumé :

Emma Aubry ; abcès froid de l'avant-bras. Incision, excision, raclage ; les jours suivants, premiers symptômes de méningite tuberculeuse. Mort prompte. (p. 85).

Abcès froid costal du volume d'une petite orange. Ouverture le 5 avril. Pansement de Lister. Le 12, premiers symptômes d'une méningite tuberculeuse. Mort le 20 avril. (P. 162).

Coxalgie suppurée ; tubercules de la synoviale ; tubercules pulmonaires ; ouverture spontanée d'un abcès de la cuisse en avril 1878. Le 10 mai, le chirurgien ouvre un autre abcès à la partie supéro-externe du membre. Le 15 mai, vomissements, symptômes de méningite tuberculeuse. Mort le 5 juin.

De son côté, notre habile et sympathique correspondant Jules Bœckel, de Strasbourg, ne rapporte pas moins de quatre cas semblables consécutifs à des résections.

Enfant de 7 ans, oncle phthisique. Coxalgie très douloureuse ; abcès ; dépérissement ; sueurs nocturnes ; résection de la hanche le 27 février

1880. Pendant 23 jours tout marche à souhait ; asepsie complète; plaie principale presque cicatrisée.

22 mars. Céphalée, somnolence, réponses lentes.

25 mars. Strabisme, cris encéphaliques, contracture.

28 mars. Convulsions des bras.

Mort le 2 avril. Point d'autopsie. On avait admis comme très probable une méningite tuberculeuse. (*Chirurgie antiseptique*, 1882, p. 188.)

Enfant de 9 ans, grêle, chétif, très pâle ; coxalgie suppurée ; résection de la hanche le 8 juin ; suites immédiates excellentes.

Le 25, céphalée, température 40 degrés. Convulsions, papilles dilatées. Strabisme divergent.

Le 26, coma, contracture, incontinence d'urine ; cris encéphaliques.

Mort le 29. Point d'autopsie. (P. 189.)

Enfant de 15 ans. Coxalgie suppurée ; résection le 20 juillet. — Le 27, tout va si bien qu'on croit la guérison certaine.

Le 29, température 39°,8, Céphalée, strabisme divergent, pupilles dilatées ; réponses lentes.

Le 30, température 39°,6. Coma, contracture du bras droit. Incontinence d'urine.

Mort le 4 août. Pas d'autopsie. (P. 190.)

Fille de 7 ans. Tumeur blanche du genou ; résection ; pansement ordinaire ; amputation consécutive. Mort de méningite tuberculeuse. (P. 197.)

Après avoir relaté ces revers avec une bonne foi dont tout son livre porte l'empreinte, notre collègue pense que l'opération dans ces cas n'a pas été la cause directe de la mort. Les sujets ne présentaient aucune manifestation pulmonaire ou autre, et rien ne pouvait faire soupçonner le réveil de la diathèse sous l'influence d'une opération. Ces sujets seraient donc très probablement morts à bref délai, sans opération. La question est de savoir si en les opérant plus tôt on eût empêché la métastase, ou si, au contraire, l'opération a hâté le résultat final.

« C'est là un problème, dit en terminant M. Bœckel (1) que je pose à de plus autorisés que moi. » (P. 193.)

Et sans me croire plus autorisé que mon jeune collègue, je crois pouvoir reconnaître ici l'action aggravante très manifeste du traumatisme chirurgical.

Au reste, on trouve des faits semblables un peu partout.

Emma R. 21 ans, entre à Guy's Hospital le 3 février. L'état général

[1] J. Bœckel, *Chirurgie antiseptique*, 1882.

est satisfaisant. Le 13, M. Howse pratique la résection du genou. Tout va bien jusqu'au 4 mars. Alors survient une méningite qui entraîne la mort le 25 du même mois. A l'autopsie, épanchement séreux abondant à la base du crâne ; fines granulations en grand nombre dans la pie-mère ; tubercule volumineux de la pie-mère au niveau du cervelet (1).

C'est vraisemblablement de cette façon que mourut un opéré de M. Macewen (2).

Un garçon de 19 ans, atteint de *genu valgum* double, avait toujours été délicat. Il avait souvent des vomissements et des symptômes cérébraux qui deux ans auparavant avaient fait désespérer de la guérison. Depuis six mois il n'avait plus d'attaques de ce genre.

On l'opère à l'ordinaire, Le dixième jour les cicatrices des plaies étaient solides, et on regarda le patient comme tout à fait hors de danger. Le onzième jour il était beaucoup plus tranquille que de coutume. Stupide et troublé, il avait un balancement continuel de la tête. Pouls parfois lent, à 50 pulsations, devenant ensuite vif et fébrile. Vomissements persistants ; pupilles dilatées, éclat inaccoutumé des yeux, parfois du strabisme. Le treizième jour, léger délire. Mort le quinzième jour. La mère raconta que cette attaque ressemblait exactement aux précédentes, et qu'elle était certainement la cause de la mort.

M. Macewen admet qu'il s'agissait d'une affection cérébrale de nature tuberculeuse. Il trouve de toute évidence que l'opération n'a eu aucun rapport avec la terminaison fatale, puisqu'il n'y avait ni gonflement, ni douleur, ni rougeur du membre et que les plaies étaient cicatrisées avant l'apparition des symptômes cérébraux ; et moi, tout au contraire, je considère comme très évidente, l'action aggravante de l'ostéotomie sur la propathie cérébrale.

J'ai opéré trois fois par la rectotomie linéaire d'anciens rétrécissements syphilitiques du rectum chez des sujets affaiblis par leur maladie intestinale et dont les poumons offraient en même temps les signes d'une tuberculisation commençante. Le débridement de l'intestin a, comme toujours, produit un grand soulagement et une amélioration très manifeste. Mais aucun de ces trois malades ne s'est relevé. Tous trois ont succombé à la fin du deuxième mois ou au commencement du troisième, aux progrès assez rapides de la tuberculose pulmonaire et intestinale.

Des opérations non sanglantes et jusqu'à des lésions traumatiques sous-cutanées peuvent agir de la même manière : en voici deux exemples. L'un m'a été communiqué par notre collègue M. Th. Anger.

[1] Picard, *Résection du genou.* Thèse inaug, 1875, p. 74.
[2] *Ostéotomie*, trad. franc., p. 172.

Un homme de 34 ans était à l'hôpital pour une arthrite strumeuse du genou droit; on fit une application de pointes de feu, qui dura 35 minutes parce qu'on toucha les mêmes points 5 ou 6 fois de suite.

Pendant douze jours, tout alla bien; le liquide épanché se résorba avec une rapidité surprenante; mais le 15ᵉ jour se montrèrent une céphalalgie violente, du strabisme, de la contracture des membres et un amaigrissement considérable. Douze jours après le début de ces accidents, le malade succombait avec tous les signes de la méningite.

A l'autopsie, les lésions articulaires, étaient peu profondes, mais les méninges étaient le siège de petits tubercules miliaires semés le long des vaisseaux veineux; les poumons contenaient également des tubercules miliaires que pendant la vie rien n'avait fait soupçonner.

En janvier 1883 on a fait connaître à la Société anatomique une observation recueillie par M. Damalix, dans le service de notre collègue M. Terrier.

Homme de 26 ans, ayant jusqu'en juillet 1882 joui d'une assez bonne santé pour avoir fait son service militaire et exercé la profession de mécanicien, entre à l'hôpital le 14 octobre pour une arthrite du genou gauche déjà ancienne et contractée dans les circonstances suivantes : le 14 juillet, après une marche très prolongée, effort subit accompagné de craquement et de douleur vive dans le genou. Gonflement rapide, le malade prend le lit; au bout de cinq semaines de traitement il se croit guéri et retourne à ses occupations, ne conservant qu'un peu de flexion du membre.

Le 5 octobre, faux pas, craquement nouveau, douleurs atroces dans la même articulation; entrée à l'hôpital neuf jours après. Tuméfaction considérable avec rougeur et tension de la peau, pâleur, anémie, indices de tuberculose pulmonaire commençante; chloroformisation, redressement et immobilisation du membre.

Le 17 octobre, 12 jours après le faux pas, accidents épileptiformes et mouvements choréiformes; le lendemain, céphalalgie, nausées et vomissements bilieux, nouvel accès épileptiforme, engourdissement de la jambe droite.

L'état reste stationnaire jusqu'au 15 novembre, c'est-à-dire pendant près d'un mois; alors surviennent successivement des hémoptysies abondantes avec submatité et respiration saccadée et souflante à droite, une aphasie subite le 18, puis une recrudescence de la céphalalgie et le retour des vomissements, enfin le coma et la mort le 29, 55 jours après le trauma surajouté à l'arthrite tuberculeuse commençante.

Autopsie. Synoviale infiltrée de granulations tuberculeuses, tubercules miliaires au sommet et à la base des poumons, point de cavernes. Dans l'hémisphère cérébral gauche, à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, abcès de la grosseur d'un œuf de poule, composé de pus crémeux et jaunâtre.

Ce fait isolé serait d'une interprétation difficile, mais rapproché

de ceux qui précédent il montre bien l'action excitatrice et aggravante du traumatisme sur la diathèse tuberculeuse.

Il m'explique également un fait qui m'avait été signalé jadis et que je n'avais guère admis, ne pouvant point le comprendre.

Plusieurs d'entre vous se rappellent Vincent Duval, l'auteur de travaux estimés sur le pied-bot congénital et la fausse ankylose du genou, et qui a dirigé très longtemps la consultation orthopédique au Bureau Central. Ayant l'un des premiers adopté le traitement de la coxalgie suivant Bonnet de Lyon, il recevait et redressait dans son établissement une foule de petits malades venus directement à lui ou adressés par des confrères. Or, il y a de cela plus de trente ans, il me disait de me méfier de la méningite consécutive au redressement brusque de la coxalgie et de prévenir toujours les parents de la possibilité d'accidents cérébraux qu'il avait lui-même observés à diverses reprises.

Les chances d'aggravation par le traumatisme sont peut-être plus grandes encore pour le cancer que pour le tubercule. La blessure directe d'un néoplasme en provoque d'ordinaire l'accroissement soudain, l'ablation incomplète d'une tumeur maligne est d'ordinaire suivie à courte échéance d'une récidive locale marchant avec une extrême intensité. On enlève complètement une tumeur cancéreuse ou un épithélioma, mais on ménage les ganglions lymphatiques correspondants parcequ'on ne les trouve pas affectés ou qu'on ne croit pas à la nature spécifique de leur hypertrophie; en quelques semaines on est détrompé par l'apparition d'adénopathies néoplasiques volumineuses et dispersées au loin.

Les cancers viscéraux ignorés au moment de l'opération antérieure prennent de même un développement excessif sous l'incitation traumatique. J'ai vu à diverses reprises des tumeurs secondaires du foie se révéler peu de temps après l'extirpation d'une tumeur et grossir à vu d'œil en quelques semaines. Même remarque pour ces masses intra-abdominales qui se forment à la suite de la castration pour sarcocèle. Avant de prendre le bistouri, on a très soigneusement exploré le ventre sans rien y trouver rien de suspect. On enlève le testicule et tout va bien, à peine quelques semaines s'écoulent, et l'opéré accuse une douleur dans les lombes ou les fosses iliaques ; on découvre un empâtement profond qui en un ou deux mois peut acquérir les dimensions de la tête d'un fœtus à terme. Tous les chirurgiens ont vu et j'ai signalé moi-même ces cancers secondaires du poumon si difficiles à reconnaître sur le vivant et qui enlèvent si rapidement des femmes atteintes de carcinomes mammaires ou des adolescents amputés pour des ostéosarcomes.

L'autopsie permet de reconnaître à l'âge différent des dépôts

néoplasiques ce que le traumatisme a surajouté aux lésions qui le précédaient.

Notez bien d'ailleurs que le traumatisme accidentel jouit des mêmes propriétés. Vous trouverez dans la thèse de M. Cerné des faits très démonstratifs. Un sujet porte un cancer interne qui ne l'empêche pas de vaquer à ses affaires et qui ne menace pas très prochainement la vie. Il se fait une fracture sans gravité, à l'extrémité inférieure du péroné par exemple, et quelques jours après il est mort.

Que se passe-t-il en pareil cas ? Faut-il admettre une aggravation visible et tangible du néoplasme interne, ou dans la dyscrasie génératrice du cancer une modification qui porte une atteinte directe à la vie ? Les deux hypothèses peuvent être soutenues avec les faits. Quoi qu'il en soit, la menace existe toujours, et l'on ne contestera point ici la gravité ni la fréquence du péril. Qu'on lise sans prévention le récit des opérations curatives ou palliatives pratiquées pour des cancers internes, et l'on verra que la mort survient presque toujours. Qu'on se rappelle entre autres cette opération si bien indiquée en apparence et si bien exécutée par M. Berger pour un épithélioma de l'œsophage ; 19 heures après, sans phénomènes saillants, sans septicémie, sans aucune des complications traumatiques communes, le malade était mort.

Quand des faits semblables se rencontrent journellement, entre les mains de tous les chirurgiens et dans tous les pays, peut-on songer à innocenter le traumatisme et contester son action terriblement aggravante sur la propathie cancéreuse ? Ne voyez-vous pas surtout l'indispensable nécessité d'aborder ce mystère, de résoudre cette énigme, de faire autre chose enfin que d'enregistrer banalement ces désastres chirurgicaux ?

Je passe rapidement sur d'autres maladies générales : le scorbut, que les blessures compliquent fâcheusement[1] ; l'hémophilie, encore si mal connue ; la leucocythémie, qui semble rendre fatalement mortelle toute opération ou toute grande blessure[2], et diverses intoxications, le morphinisme, le saturnisme, sur lequel nous possédons encore trop peu de documents certains, et je m'arrête non plus à des maladies *totius substantiæ*, à des panpathies comme je les appelle, mais à des affections chroniques limitées à des organes majeurs : cerveau, poumons, cœur, foie et reins.

Cerveau. J'ai cité précédemment plusieurs exemples d'affections cérébrales latentes brusquement aggravées jusqu'à ce que mort s'ensuive par une opération chirurgicale.

[1] Thèse de M. Ferra. Paris, 1881.
[2] Thèse M. P. de Chapelle, Paris, 1880.

Déjà M. Billroth avait rapporté deux cas bien curieux de méningite séreuse et d'œdème aigu du cerveau survenus également après des traumas chirurgicaux chez des sujets atteints de lésions de la boîte crânienne anciennes et tout à fait ignorées. Chez le premier sujet, une résection du genou fit éclater des phénomènes cérébraux très violents qui amenèrent la mort au bout de 40 heures. Le second, après une ablation de goître exécutée sans difficulté ni accidents, fut emporté plus vite encore, car il succomba au bout de 16 heures[1].

Ces deux malades appartenaient évidemment à la catégorie de ce que Lasègue appelait les *cérébraux*. « Lorsque la santé cérébrale, disait l'éminent professeur dont la science française déplore la perte, a été troublée par une blessure, une lésion encéphalique, une malformation du crâne, le guérison n'est trop souvent qu'une suspension des accidents. Le malade supposé guéri a acquis une diathèse morbide qui décidera du reste de son existence. » (*Arch. gén. de méd.*, 1880, t. I, p. 395.)

Nous traduirons cette idée si vraie en disant que, lorsque le cerveau, par suite d'une affection antérieure, est devenu *lieu de moindre résistance*, il peut recevoir, comme tous les organes tarés, le contre-coup des traumas les plus divers et les plus éloignés.

Si l'on fouillait avec soin dans les annales de la science, on trouverait certainement des exemples de vésanies et de névroses généralisées, réveillées, ou aggravées par le traumatisme. Le professeur Hector Cameron a rapporté des faits qui plaident en ce sens. (*Glasgow Med. Journ.*, 1881, p. 8.)

Poumon. — La tuberculose pulmonaire n'est pas la seule affection du poumon qui puisse ressentir le contre-coup du traumatisme.

Je connais deux cas d'opération chirurgicale pratiquée au cours d'une pneumonie aiguë, méconnue, naturellement. L'affection pulmonaire n'était pas bien avancée, puisqu'on ne l'avait pas soupçonnée, et les opérations n'étaient pas de celles qui provoquent la mort. Cependant les deux opérés succombèrent.

L'un de ces faits m'appartient. J'ai opéré à l'hôpital Lariboisière, d'un épithélioma de la langue, un malade atteint d'une pneumonie au 2e degré. L'opération, peu étendue et faite avec l'écraseur linéaire, avait été fort simple. Le soir, le malade avait une fièvre intense; le surlendemain matin il était mort, sans que nous ayons reconnu la cause des accidents. L'autopsie démontra une pneumonie étendue avec hépatisation grise, c'est-à-dire remontant à coup sûr à plus de 48 heures[2].

[1] *Gazette hebdomadaire*, 1869, page 202.

[2] Voici dans quelles circonstances eut lieu cette malencontreuse opéra-

Le second fait est rapporté par M. Macewen.

Une jeune fille de 17 ans, atteinte du genu valgum, prit froid sur le pont d'un bateau pendant une nuit de décembre. Elle cacha son malaise et fut opérée par ostéotomie. A la fin de l'opération on reconnut la pneumonie. Le soir même on constata l'aggravation de la phlegmasie et l'extension d'un herpès labialis auquel on n'avait pas fait grande attention. On ne put enrayer l'inflammation thoracique qui enleva l'opéré au bout de deux semaines. Les plaies opératoires étaient presque cicatrisées [1].

Les contusions du thorax, les fractures de côtes, même les plus simples, amènent parfois chez les catarrheux, les emphysémateux et les asthmatiques, des congestions pulmonaires ou des accès de suffocation alarmants, qui, à la vérité n'acquièrent pas en général beaucoup de gravité et qui cèdent assez aisément aux révulsifs et aux narcotiques.

Toutefois j'ai opéré d'une tumeur du sein une femme qui n'avait pas d'autre lésion organique qu'un emphysème très prononcé avec bronchite chronique. Elle fut prise dès les premiers jours d'oppression, de fièvre, et de tous les signes physiques d'une bronchite aiguë, à laquelle elle succomba vers le 8e jour. L'autopsie montra une bronchite généralisée avec les lésions ordinaires de l'emphysème.

Cœur. — L'aggravation des cardiopathies latentes ou reconnues ne saurait être contestée. Les faits publiés par MM. Faucher, Larue, Daniel Mollière, Guénébaud et moi-même, prouvent que cette aggravation peut être passagère et relativement peu sérieuse, mais qu'en certains cas la mort imprévue et soudaine peut en être la conséquence à une époque plus ou moins éloignée de la blessure.

C'est à cette cause qu'il faut certainement rapporter un certain

tion. Le jour en avait été fixé après examen complet, lorsque le malade me demande à retourner chez lui deux jours pour régler une importante affaire. L'absence se prolongea; le 4e jour au soir le patient rentra à l'hôpital où je le trouvai le lendemain matin. Il paraissait en bonne santé et insista plus que jamais pour être opéré de suite. J'accédai à ce vœu sans faire de nouvelle enquête organique; je ne fis pas même prendre la température. Bientôt après la mort survenait.

Depuis cette époque, je n'opère jamais sans prendre la température quelques instants avant l'opération. Cette précaution m'a rendu un signalé service dans un cas où je me disposais à pratiquer l'évidement du tibia chez un adolescent. Il accusait le matin de l'opération un malaise qu'il attribuait à une insomnie datant de plusieurs jours. Le thermomètre monta à 39°5. Je n'opérai point. Le lendemain une variole se montra, qui devient assez sérieuse.

[1] Macewen, *Ostéotomie*, trad. franç., page 171.

nombre de morts promptes attribuées soit au choc [1], soit à l'action du chloroforme administré pendant l'opération. Les cas de ce genre ne doivent même pas être très rares; malheureusement, ils sont rapportés avec une regrettable concision; tels par exemple les suivants.

Ablation de la mamelle; mort indépendante de l'opération, par suite d'une affection du cœur, lorsque la plaie était réunie par première intention (Ranke, *Arch. de Langenbeck*, t. XXVIII, p. 544.)

Voici une observation un peu plus détaillée.

Fille, 13 ans; double pied-bot congénital. En juin 1877, ablation d'un segment cunéiforme à base externe du cuboïde, et résection de gros fragments des autres os du tarse. La plaie va très bien, mais la malade meurt subitement le 10e jour avec des signes de collapsus. A l'autopsie, lésion du cœur ancienne et profonde; insuffisance valvulaire; endocardite ulcéreuse récente; lésions du poumon anciennes et nouvelles.

L'aggravation par le fait du trauma n'est-elle pas ici de la dernière évidence?

La suite du discours de M. Verneuil est renvoyée à la séance suivante. (Voyez page 410.)

Communication.

Tumeur fibro-kystique de l'utérus.—Hystérotomie. Sutures multiples de l'utérus, réduction du moignon dans l'abdomen. — Guérison,

Par le Dr TERRILLON.

Le but que je me propose en présentant cette observation devant la Société de chirurgie est de publier un cas favorable à la méthode qui consiste à réduire dans l'abdomen le pédicule formé par la partie de l'utérus qui reste après l'ablation des corps fibreux.

En effet, la tendance actuelle de la plupart des opérateurs est de réduire le plus souvent possible le pédicule, ainsi que cela se pratique maintenant généralement pour l'ovariotomie.

La fixation du pédicule, en dehors, au niveau de la paroi abdominale, a pour elle des inconvénients considérables, qui sont: le tiraillement du moignon utérin et des annexes, quand on a été obligé de sectionner près du col de l'organe; la suppuration fœtale d'une surface souvent considérable; enfin un certain nombre de

[1] FALCK, *Wiener méd. Woch.* 1875.
[2] *Thèse d'agrég. en chir.*, Paris, 1880.

femmes meurent après l'opération avec des accidents nerveux qui semblent dus à la compression du moignon par le clamp ou le fil de fer constricteur.

Grâce à la réduction du moignon dans la cavité de l'abdomen, on se met à l'abri des inconvénients précédents; mais on n'est pas exempt pour cela de tout accident. Lorsqu'on se contente d'appliquer autour du pédicule une ou plusieurs ligatures, fortement serrées, pour empêcher l'hémorragie, et que la réduction et opérée de la sorte, il se présente un double inconvénient.

Le premier et le plus terrible, est l'hémorragie interne. Celle-ci est le résultat d'un phénomène purement physique qui consiste dans le tassement progressif du tissu utérin sous l'influence de la constriction produite par la ligature.

Ce tassement du tissu utérin a pour effet de donner une certaine liberté aux vaisseaux de l'utérus, les artères deviennent perméables, et, malgré la présence de la ligature solidement serrée au début et ayant paru donner toute sécurité, une hémorragie très grave et le plus souvent mortelle se déclare.

Un accident semblable s'est présenté plusieurs fois, et c'est à cause de sa fréquence que les chirurgiens se sont ingénié à trouver un moyen d'y remédier.

Quant à l'autre inconvénient de cette méthode qu'on pourrait appeler : *Réduction avec simple ligature*, il consiste dans la présence d'une surface cruentée, capable de donner une grande quantité de sérosité dans le péritoine. Or, une accumulation de liquide dans la bas-fond du bassin est toujours un danger à cause des menaces de septicité. Le drainage du cul-de-sac vaginal n'est pas toujours un moyen infaillible de remédier à la présence de ce liquide, car il n'est pas lui-même à l'abri de toute critique.

Restait donc à trouver un procédé qui permît, dans un grand nombre de cas, de réduire le moignon utérin en se mettant, presque à coup sûr, à l'abri des accidents que je viens de signaler.

Schrœder semble avoir employé le moyen le plus rationnel et le plus efficace; c'est celui dont je me suis servi chez ma malade et il m'a donné un excellent résultat qui m'encouragera à agir de même dans les cas où il peut être employé.

Ce procédé consiste à couper dans l'épaisseur du tissu utérin qui doit former le moignon, un coin de substance, de façon à constituer deux lèvres à bords tranchants qui puissent s'adosser et se réunir exactement.

Le sommet du coin doit correspondre à la cavité du corps ou du col de l'utérus, suivant la hauteur à laquelle est pratiquée la section.

Lorsque les deux surfaces cruentées sont alors appliquées avec

soin l'une contre l'autre, les bords sont réunis avec soin au moyen d'un nombre assez grand de sutures au catgut ou avec des fils de soie. Les points de suture doivent être très rapprochés, et les fils doivent embrasser une assez grande épaisseur du tissu, de façon que le sang ne puisse suinter dans les intervalles.

Spencer Wells conseille de réunir exactement les lambeaux du péritoine, de façon à ce que les surfaces de section soient entièrement recouvertes et qu'il ne puisse se faire aucune exudation sanguine.

Il est même utile de prolonger les sutures en dehors de l'utérus sur le lambeau du ligament large qui a dû être coupé ou dilacéré, dans le cas où le corps fibreux s'est infiltré entre ses deux feuillets. La décortication de la tumeur, ainsi enclavée dans l'épaisseur de ces deux feuillets, laisse après elle une surface anfractueuse, saignante, capable de donner une grande quantité de sérosité; aussi est-il bon de réduire le plus possible cette surface en réunissant ensemble les bords de l'ouverture péritonéale.

Toute cette partie de l'opération peut se faire sans perte de sang, si on a soin de placer au niveau de la partie inférieure du moignon, ainsi que je l'ai fait, une ligature en fil de fer serré au moyen du ligateur de Cintrat. On opère ainsi sur des tissus exsangues, absolument comme cela se pratique après l'application de la bande d'Esmark.

Quand les sutures sont placées, il suffit d'enlever le lien constricteur pour que le sang revienne dans toute l'étendue du moignon. On voit alors les deux parties qui viennent d'être suturées se gonfler, devenir turgides, et on peut alors juger d'une façon certaine si ces sutures sont suffisamment serrées pour empêcher tout hémorragie.

Mais il existe encore un point délicat de l'opération que j'ai omis de signaler à sa place, afin de pouvoir y insister davantage. J'ai dit que la pointe de l'incision cunéiforme se trouve au niveau de la cavité utérine; or, cette communication de la cavité de l'utérus ou de son col avec la plaie peut permettre soit la sortie du sang venant des vaisseaux de la surface sectionnaire, soit l'introduction de germes contenus dans la cavité utérine ou vaginale. Aussi, pour se mettre à l'abri de ces deux accidents possibles, est-il utile de faire, ainsi que je l'ai pratiqué dans mon observation, deux ou trois points de suture avec du catgut fin, pour obturer cet orifice accidentel et empêcher toute communication entre la cavité de l'utérus d'une part et les surfaces opératoires d'autre part.

Tels sont, brièvement indiqués, les principaux détails de cette méthode qui semble devoir, quand il est possible de l'employer,

donner une grande sécurité et de nombreux avantages, entre autres une guérison rapide.

—

OBSERVATION.

Cette malade, âgée de 44 ans, a eu 7 enfants, sans accidents de couches, dont la dernière remonte à 14 ans.

Il y a cinq ans, après une fausse couche, elle a été arrêtée pendant 2 mois par des accidents douloureux dans l'abdomen, avec vomissements, léger ictère, fièvre.

Les règles, irrégulières, sont venues normales le mois dernier.

Pendant les époques, le malaise et les vomissements sont plus accentués.

Il y a 5 ans, la malade sentit une tumeur dans l'abdomen; se plaignit aussi de pesanteur dans le bas-ventre et de douleurs dans les reins et la jambe droite. Les pieds ont été enflés et œdématiés, surtout du côté droit, ce qui n'existe plus aujourd'hui.

Depuis un an la maladie a pris une marche plus rapide, et il y eut des poussées et des oscillations dans l'accroissement du volume du ventre.

L'appétit est conservé, les digestions sont bonnes; il y a quelques vomissements, mais bien plus rares qu'au début.

La miction est un peu plus fréquente, il n'y a pas de constipation. La malade n'est pas gênée, et il n'y a ni toux, ni expectoration ni amaigrissement sensible depuis le début de la maladie.

Le ventre présente un développement considérable surtout en bas, et affecte la forme d'un ovoïde à grosse extrémité inférieure. Il offre des vergetures, mais sans développement de circulation collatérale. La cicatrice ombilicale est déplissée.

Diamètre : ombilic au pubis, 16.
— ombilic xyphoïde, 30.

La palpation montre une masse résistante, les parois sont souples et on peut sentir une masse qui remplit la région hypogastrique, la zone ombilicale et les flancs.

Il n'y a aucune bosselure. A la pression, on trouve de la matité dans les flancs et sur la ligne médiane jusqu'à six travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

La position sur le côté ne modifie pas cette zone de matité. Au-dessus, on a de la sonorité intestinale.

Il n'y a pas de fluctuation générale ou partielle.

L'utérus, un peu élevé, est repoussé du côté droit.

Il est vaguement mobile mais il suit les mouvements de la tumeur.

L'opération est faite le samedi 18 mars, dans mon service à

l'hospice de la Salpétrière, avec le concours et les bons conseils de MM. Terrier et Monod.

Après une incision qui remonte à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, on arrive sur une tumeur solide, remplissant toute la cavité abdominale et recouverte par une coque séreuse formée de plusieurs feuillets adossés qu'on détache en les écartant de chaque côté pour énucléer la tumeur et arriver à la base d'une plantation.

Les adhérences sont très peu accentuées, sauf en 2 points à droite, en ce point on lie un pédicule vasculaire, formé par le revêtement de la poche.

Un ligateur, passé au-dessous d'une broche, permet la section de la base d'implantation qui est constituée par le corps de l'utérus dant le fond est enlevé. La section est faite en forme de coin de façon à constituer deux lèvres qui peuvent s'adosser, on fait alors deux ordres de suture avec des fils de soie : quatre sur l'angle inférieur de la plaie au niveau du point où elle communique avec la cavité utérine, dix sur le bord des lèvres supérieures, de façon à affronter les deux bords de la plaie.

Le ligateur étant enlevé, le sang revient abondamment dans le moignon qui prend un aspect rouge foncé et turgide. L'absence d'hémorragie entre les sutures prouve que l'hémostase sera suffisante. Comme le péritoine a été dilacéré par la décortication de la tumeur, des sutures multiples réunissent une partie des lambeaux, de façon à diminuer la plaie anfractueuse qui résultait de l'opération.

L'ovaire du côté droit présente 3 petits kystes, il est enlevé après ligature du pédicule.

Le poids de la tumeur est de 10 kilogrammes.

L'examen a montré que la tumeur, qui ne présentait du reste aucune particularité remarquable, était un fibro-myôme largement implanté sur le fond de l'utérus.

Macroscopiquement la tumeur arrondie, était, sur sa face supérieure, assez profondément découpée, par des sillons longs et étroits.

La face inférieure également bosselée et irrégulière présentait une ressemblance lointaine avec la face inférieure du foie, aspect dû à cette lobulation.

Le point d'implantation de la tumeur était large.

La tumeur contenait dans son intérieur plusieurs cavités plus ou moins profondes, remplies d'un liquide gélatineux noirâtre.

Un de ces kystes assez volumineux venait affleurer la surface de telle sorte qu'une ponction exploratrice, pratiquée à ce point donnant issue à une certaine quantité de liquide gélatineux, eût

pu donner lieu à une erreur de diagnostic et faire penser à un kyste multiloculaire.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; et ne présentèrent rien d'important à noter. Les sutures furent enlevées le 27 mars. Il n'y eut qu'une constipation opiniâtre, qui s'accentua vers le douzième jour, d'une façon telle qu'on fut obligé d'administrer des purgatifs; après quelques jours la malade fut débarrassée des malaises et nausées, résultat de ces vomissements. Une diarrhée assez rebelle succéda à cet état, mais malgré sa durée qui fut de vingt jours environ elle céda au régime lacté et à l'emploi des peptones.

La malade sortit du service complètement guérie, le 1er mai 1882.

Discussion.

M. Championnière. J'ai fait deux hystérectomies pour corps fibreux et quatre opérations de Porro ; mon expérience ne me porte pas à rejeter définitivement l'exposition du pédicule. D'ailleurs, cette méthode du maintien du pédiculé en dehors n'est pas aussi abandonnée qu'on veut bien le dire. Bantock, dans un récent travail, nous montre qu'elle lui a donné une série remarquable de succès, et qu'il a eu bien moins à se louer d'avoir abandonné le pédicule dans la cavité péritonéale.

De mes deux hystérectomies, l'une s'était présentée dans des conditions de gravité exceptionnelle; j'ai laissé le pédicule au dehors, la malade a guéri. La seconde malade était une femme nerveuse et pusillanime; pour lui éviter les douleurs vives qui résultent de la constriction de l'utérus laissé au dehors, j'ai suturé le moignon et je l'ai réduit dans le ventre sans avoir rencontré de complication opératoire. Cette malade est morte, épuisée par une diarrhée bilieuse incoercible.

D'ailleurs, il faut reconnaître qu'on agit comme on peut, et qu'on n'exécute pas toujours à la lettre le plan projeté d'avance. Si on a eu la possibilité de disséquer des lambeaux, on a un moignon qu'il faut bien suturer, et, lorsque je me suis trouvé en face d'un cas de ce genre, j'ai fait exactement ce qu'a fait M. Terrillon, et il me semble qu'on est amené forcément de soi-même à agir ainsi. Quant à l'affrontement exact du péritoine, je ne le crois pas indispensable, et il vaut certainement mieux laisser une surface sans péritoine que de tirailler les tissus.

Je ne crois pas non plus que la ligature hémostatique provisoire de la base du moignon, soit indispensable, et je lui reprocherais de prolonger l'opération. D'ailleurs, elle exerce des tiraillements

qu'on éviterait en plaçant des pinces sur les vaisseaux, à mesure qu'on les ouvre en sectionnant le pédicule.

L'opération de Porro, pour laquelle on a préconisé avec enthousiasme la réduction du pédicule, comporte une contre-indication de plus : c'est l'apparition des lochies, dont il est prudent de tenir compte.

En résumé, c'est sur une nombreuse série d'observations qu'il faudrait se baser pour essayer d'établir une règle, et encore peut-on affirmer qu'il y aura toujours des cas où le pédicule devra être maintenu quand même au dehors. On est moins libre d'agir en suivant une règle fixe que dans l'ovariotomie.

M. Polaillon. Je ferai une simple remarque. La réduction du pédicule est-elle applicable à tous les cas ? et, dans les cas où elle est applicable, offre-t-elle une sécurité suffisante contre l'hémorragie ? Je ne crois pas que la simple suture des bords de la plaie suffise pour oblitérer des artères d'une certaine importance, et je doute de son efficacité si on doit faire entrer en ligne de compte les vaisseaux du ligament large.

Dans un cas d'hystérectomie où j'avais laissé le pédicule au dehors, le ligament large du côté gauche s'est déchiré sous l'influence d'un effort; l'hémorragie m'a obligé à ouvrir la plaie, lier les vaisseaux et nettoyer le péritoine. La malade a succombé à cette complication. Ce procédé ne me paraît applicable que si les tissus à suturer ne contiennent pas de grosses artères.

M. Horteloup. J'ai aussi à signaler une hystérectomie qui a été suivie de mort par hémorragie. A l'autopsie on trouva une rupture du ligament large, et je suis persuadé que si on avait réduit le pédicule cet accident ne se serait pas produit.

M. Sée. Je crois, contrairement à ce que dit M. Championnière, que la tendance générale des hystérectomistes est de réduire le pédicule, et il est bien des cas où il est impossible de le laisser dehors Toutefois, je reconnais avec M. Pollaillon, que la suture entrecoupée du moignon ne met pas à l'abri du suintement sanguin, et je crois qu'une suture continue pourrait seule donner une sécurité absolue. Enfin, je préfèrerais comme agent de constriction hémostatique provisoire, la ligature élastique au constricteur de Cintrat.

M. Terrillon. Je répondrai à mes collègues en quelques mots. Ainsi que l'a dit M. Sée, la tendance de la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué ou qui pratiquent fréquemment cette opération, est de réduire le pédicule dans l'abdomen le plus souvent possible. L'abandon dans le ventre du pédicule dans l'ovariotomie a démontré les bons résultats de cette méthode.

Je sais bien que Bantock, a signalé une série de cas favorables à la formation d'un pédicule fixé extérieurement à l'angle inférieur de la plaie, mais je pourrais citer ceux qui regardent cette méthode comme très défectueuse, Spencer Wells, Lawson Tait, Bœckel, Billroth et surtout Schrœder prétendent que la rentrée du pédicule est la méthode de l'avenir.

Cependant cette méthode ne peut pas se prêter à tous les cas, car il est souvent difficile de pratiquer l'opération dans des conditions suffisantes, alors on doit avoir recours à la fixation du pédicule en dehors.

Ce principe étant admis, il est nécessaire de se mettre à l'abri du danger principal qui peut résulter de la rentrée du pédicule dans l'abdomen, c'est-à-dire l'hémorragie, sans compter aussi la présence d'une surface saignante capable de déverser dans le péritoine une grande quantité de liquide.

Or la méthode de Schrœder est certainement celle qui met le mieux à l'abri de ces accidents ; mais à une condition, c'est que les sutures soient bien appliquées et suffisamment rapprochées, de façon à ce que le sang ne puisse suinter dans leur intervalle.

Il existe bien encore un procédé employé par Kleberg (d'Odessa), qui consiste à pratiquer la ligature du pédicule avec un tube en caoutchouc suffisamment tendu. Il est certain que ce procédé a pour avantage de mettre à l'abri des hémorragies à cause de la constriction continue exercée sur le tissu utérin et sur les vaisseaux. Mais ce tube de caoutchouc ne se résorbe pas, il s'enkyste mal et donne lieu à des accidents ou au moins à des abcès qui précèdent son élimination; aussi n'a-t-elle pas encore répondu complètement aux espérances de son auteur.

M. Pozzi. J'ai vu faire la ligature élastique perdue, par Hegar de Fribourg; quand j'ai visité son service l'année dernière, il l'avait pratiquée trois fois, une malade est morte, chez les autres elle a provoqué une suppuration du petit bassin qui a amené l'élimination de la ligature : guérison ; dans un cas le chirurgien a dû aller rechercher sous mes yeux au fond du vagin la ligature en train de s'éliminer. Il a depuis, je crois, abandonné cette méthode.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 16 mai 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine* ;

2° M. le baron Larrey offre de la part de M. Bérenger-Féraud, membre correspondant, un volume intitulé : *La race provençale;*

3° M. le baron Larrey offre de la part de M. Longmore, chirurgien général de l'armée anglaise, correspondant de la Société de chirurgie, un volume intitulé : *Contrastes sanitaires entre les armées française et anglaise pendant la guerre de Crimée.*

Discussion sur l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Verneuil termine le discours qu'il avait commencé dans la séance précédente (V. p. 387-402.)

Foie. J'ai montré jadis que le traumatisme pouvait, en dehors de la pyohémie, réagir sur le foie antérieurement malade, et provoquer une attaque nouvelle, soit d'ictère, soit de colique hépatique[1]. Deux de mes meilleurs élèves, M. Longuet, il y a quelques années[2], et M. Gauchas, plus récemment[3], ont prouvé, par des faits concluants, que les blessures accidentelles ou chirurgicales pouvaient accélérer la marche des maladies hépatiques et en précipiter la terminaison funeste.

Ces faits, à mon sens fort évidents, ne saisissent pas l'esprit, parce que la marche des affections hépatiques est souvent lente, insidieuse, obscure, et que nous n'avons pas, comme pour les lésions pulmonaires, cardiaques, cérébrales ou rénales, une collection de symptômes ou de signes physiques qui nous indiquent les progrès des lésions matérielles ou l'accroissement des troubles fonctionnels.

[1] *Bull. acad. de méd.*, 1872, p. 841.
[2] Thèse de doct. Paris, 1877.
[3] Thèse de doct. Paris, 1882.

Mais si l'on se donne la peine de recueillir de bonnes observations de traumas chez les hépatiques, on constate la gravité du pronostic, non seulement à cause de la perversion apportée dans les phénomènes réparateurs locaux, mais encore par ce fait que la cirrhose, la stéatose, l'amylose, la lithiase évoluent vite et fâcheusement sous le coup de l'incitation traumatique. C'est pour cela que je n'ai point hésité à invoquer à l'appui de ma doctrine ces deux observations de blessures chez des hépatiques, observations que M. Trélat a vivement attaquées et que je tâcherai de défendre un peu plus loin.

Rein. L'aggravation des affections rénales par le traumatisme est des mieux démontrée. Elle entraîne fréquemment la mort; elle est facilement reconnaissable à l'apparition de ces symptômes graves qui surgissent dans les phases ultimes des lésions du rein : fièvre, adynamie, vomissements, sécheresse de la langue, oligurie ou anurie, troubles cérébraux, urémie sous toutes ses formes, etc.

C'est par le rein sénile que périssent bon nombre de vieillards à la suite de fractures du fémur (Damian[1], Guinard). C'est par le rein que meurent certaines femmes après l'opération de la fistule vésico-vaginale, quand l'urétère est rétréci à son embouchure inférieure.

C'est par le rein que succombent d'autres femmes qui n'ont subi que de légères opérations sur le col utérin, mais chez lesquelles les urétères sont dilatés par suite de leur rapport avec le cancer du col.

C'est le rein atteint de la néphrite dite chirurgicale qui entraîne la mort après un grand nombre de tailles, de lithotrities, d'uréthrotomies et même de simples cathétérismes suivis de la fameuse fièvre uréthrale.

C'est le rein qui fait périr si fréquemment les albuminuriques accidentellement blessés ou opérés. C'est cette albuminurie préexistante qui rend si grave le pronostic de certaines kélotomies et qui fait naître très probablement, dans la grande majorité des cas, le redoutable symptôme de l'algidité herniaire.

C'est l'existence d'une lésion rénale reconnue à l'autopsie qui explique certains cas de mort quasi subite après les opérations ou les blessures (Vincent[1]).

M. Malécot, interne distingué des hôpitaux, a recueilli le fait suivant[1] :

Un malade de 60 ans entre à l'hôpital Lariboisière pour une fistule

[1] Thèse de doctorat. Paris, 1876.
[1] Thèse d'agrég. en chir. Paris, 1880.
[1] Thèse de Bruchet, p. 6.

à l'anus. Il est opéré par un de nos collègues les plus instruits, les plus soigneux et les plus prudents. Aucun accident immédiat ne survient. Le lendemain matin, on trouve l'opéré dans un état comateux; à onze heures il était mort. A l'autopsie, la seule lésion qui pût expliquer cette issue siégeait dans les reins, qui étaient petits et parsemés de nombreux kystes; il s'agissait d'une néphrite interstitielle très avancée, ayant à peu près complètement détruit le parenchyme glandulaire. M. Panas comparait cet organisme usé à de vieilles murailles qu'on veut réparer : « Dès qu'on y touche, disait-il, tout s'écroule. »

Mon excellent ami, le professeur Ollier, me racontait qu'il avait perdu en 48 heures un malade opéré de résection du genou. A l'autopsie on trouva toutes les lésions du *gros rein blanc.*

Le professeur Thiersch, de Leipzig, opéra le 15 janvier d'un genu valgum d'origine rachitique une fille de 16 ans, par le procédé d'Ogston. Les choses allèrent bien d'abord, mais dans la cinquième semaine, à la suite d'un écart de régime, survint une forte diarrhée à laquelle s'associa une urémie aiguë depuis longtemps préparée. Le 25 février, la malade mourut. A l'autopsie, on trouva comme lésion principale les deux reins rétractés au plus haut degré[1].

Les faits de ce genre sont très communs. M. Bruchet en a rassemblé un bon nombre, et je crois pouvoir avancer comme tout à fait certaine cette proposition que l'état des reins joue un rôle considérable dans le pronostic des blessures et dans les contre indications opératoires.

Cette donnée pénètre partout, et j'en peux donner pour exemple l'observation très intéressante qui m'a été adressée, à propos même de la présente discussion, par un honorable praticien de la province. Voici le fait que l'auteur a fort bien interprété, car il attribue sans hésiter l'insuccès de son opération à la néphrite antérieure.

Hernie inguinale étranglée. — Kélotomie. — Guérison de la plaie. — Mort dans le coma au huitième jour. (Communiquée par M. le Dr Houzel, de Boulogne-sur-Mer.)

A.-L. Jardinier, 65 ans, grand, maigre, d'une bonne santé habituelle, porte une hernie inguinale droite ordinairement maintenue par un bandage, et présente depuis 18 mois de la difficulté à uriner, avec légères douleurs du côté de la vessie et des reins. Ces accidents n'ont jamais interrompu le travail.

[1] *Arch. de Langenbeck,* t. **23**, p. 296.

Le 11 octobre 1881 au matin, à la suite d'un effort, la hernie glisse sous le bandage; le soir, elle est dure, douloureuse, grosse comme un petit œuf de poule, et le malade commence à vomir.

N'ayant pu la réduire par un taxis modéré, je prescrivis un grand bain, des frictions avec l'extrait de belladone et des compresses froides sur la hernie, des pilules de belladone, des boissons gazeuses froides et un lavement de mercuriale.

Le 12, les phénomènes d'étranglement se sont accentués : douleurs dans la hernie, s'irradiant dans le ventre ; ni gaz ni matières par l'anus; vomissements incessants, fécaloïdes, urines rares, troubles et d'odeur ammoniacale.

On chloroforme le malade, et le taxis ne parvenant pas à réduire la hernie, j'opère immédiatement avec toutes les précautions antiseptiques. Je trouve une anse d'intestin grêle étranglée par le collet du sac. Après plusieurs petits débridements, l'intestin est attiré au dehors, reconnu en bon état, lavé à l'eau phéniquée tiède et rentré dans le ventre. L'opération n'avait présenté rien de particulier, que l'ouverture d'une bourse séreuse pleine de liquide et placée au-devant de la hernie.

Réunion du sac et de la peau avec deux sutures métalliques, drain placé dans l'angle inférieur de la plaie : pansement de Lister complet.

Grand soulagement, cessation des douleurs abdominales. Les vomissements persistent de temps à autre jusqu'au soir, mais changent de nature; on les attribue au chloroforme. Boissons gazeuses froides, un centigramme d'extrait thébaïque toutes les deux heures.

Le 13, bonne nuit, ni douleurs, ni vomissements. Émission de gaz abondante par l'anus, ventre souple et aplati. Lait et bouillon.

Le 14, état local et général satisfaisant. A peine la plaie a-t-elle fourni un peu de sérosité. Un lavement a provoqué une selle abondante. Quelques aliments sont permis.

Les urines sont toujours rendues avec peine, elles sont rares et troubles; on en fait l'examen chimique. Après filtration, elles précipitent abondamment par la chaleur et l'acide nitrique, ce qui fait admettre une lésion rénale à origine inconnue, mais qui explique la dysurie habituelle.

Le 15, même état, selle naturelle.

Le 16, nouveau pansement; à peine quelques gouttes de pus. Réunion de la plaie à la partie supérieure, ablation des sutures, nettoyage du drain.

Le 17, diarrhée intense survenue dans la nuit sans cause connue, douleurs vives dans les reins. Urines encore plus troubles et plus rares, état général mauvais, prostration, pouls à 166.

La plaie bourgeonne, et rien de ce côté n'explique le changement survenu; révulsion sur les reins, cataplasme sur l'hypogastre, extrait thébaïque, régime lacté.

Le 18, la diarrhée augmente, le ventre est souple et indolent, les forces déclinent. On administre 60 grammes de rhum en grogs chauds.

Le 19, même état, même apparence satisfaisante de la plaie qui rend à peine quelques gouttes de pus crémeux et inodore, selles involon-

taires, suppression presque complète des urines, pouls à 120 petit, misérable. Le coma survient dans l'après-midi et la mort dans la nuit.

L'autopsie ne put être faite.

L'opération, dit en terminant M. Houzel, était urgente et devait être pratiquée. Le processus local n'a été troublé par aucun accident, et, de ce côté, tout a marché à souhait. La kétolomie n'a donc point entraîné la mort, c'est la lésion rénale seule qu'il faut accuser.

Après cette énumération, je me crois autorisé à maintenir cette proposition très générale — ce qui ne veut pas dire absolue — que le traumatisme peut aggraver toutes les propathies, et qu'il le fait dans des proportions encore inconnues, mais assez grandes pour attirer sérieusement l'attention.

Si maintenant M. Trélat me demande pourquoi de deux diathésiques semblables, vulnérés à peu près identiquement, l'un reçoit au point faible le contre-coup du traumatisme, tandis que l'autre reste à l'état de blessé simple, — pourquoi, chez le même individu opéré deux fois, le premier trauma reste sans écho, tandis que le second stimule la diathèse ? pourquoi, toutes choses paraissant égales, d'ailleurs, la réaction du trauma sur la propathie est tantôt immédiate ou du moins prochaine, tantôt plus ou moins tardive, au contraire ? pourquoi, en cas de propathies multiples, celle-ci plutôt que celle-là est aggravée. Je lui répondrai franchement que je n'en sais absolument rien.

A peine je soupçonne la manière dont s'effectue le réveil de certains états morbides latents; si j'explique, à l'aide d'une hypothèse acceptable, le rappel de la goutte ou du rhumatisme; si je comprends, à la rigueur, pourquoi une contusion du scrotum provoque chez un phtisique une tuberculose testiculaire; si j'ai deux explications au lieu d'une pour la méningite tuberculeuse post-opératoire, je reconnais humblement mon impuissance quand il s'agit d'expliquer comment une fracture simple du péroné rallume au bout de quelques heures une fièvre palustre éteinte depuis 10 ans. Comment une opération aseptique et apyrétique double ou triple rapidement la proportion d'albumine ou de sucre renfermée dans l'urine. Comment surtout l'addition d'un trauma sans gravité à une propathie sérieuse, mais encore compatible avec l'exercice régulier des fonctions, peut entraîner la mort en un petit nombre de jours, sinon même d'heures. Je fais allusion à ces cas de blessures chez les cancéreux, et entre autres à cette observation si curieuse rapportée par M. Méricamp, d'un débardeur atteint de cancer du foie, qui travaillait comme à l'habitude le jour même où il se fracturait le péroné, qui arriva à l'hôpital sans accident, et qui était

mort cinq jours après sans avoir présenté aucune des complications classiques des blessures.

L'obscurité profonde qui règne sur tous ces faits est certainement regrettable, car le pronostic et la thérapeutique gagneraient beaucoup à ce qu'ils fussent expliqués. Mais comme ces problèmes ardus ne se résoudront certes pas tout seuls, il faut les aborder hardiment et méthodiquement. On constatera d'abord l'existence des faits, on accumulera patiemment les exemples, et l'on attendra l'heure où l'interprétation deviendra possible. L'attente ne serait pas longue, sans doute, si les chirurgiens daignaient s'intéresser à la partie scientifique de leur art un peu plus qu'ils ne le font aujourd'hui.

M. Trélat a été assez sévère pour les observations que j'ai produites; il se refuse surtout à y voir l'aggravation de la maladie antérieure que je voulais mettre en relief. Il me faut donc revenir sur ces faits. Je sais que la discussion des cas cliniques est assez fastidieuse, mais je ne puis abandonner des arguments que je crois valables.

Je laisserai de côté, pour le moment, ces morts rapides survenant chez les sujets atteints de cancers viscéraux, primitifs ou secondaires, car je désire vivement qu'une discussion particulière s'élève sur ce point aussi énigmatique que curieux. J'examinerai seulement le mécanisme de la mort chez trois blessés affectés de diabète, de dyspepsie et de cirrhose.

Pour le premier sujet, atteint d'écrasement du pied, amputé quelques heures après et mort avant la fin du deuxième jour, M. Trélat serait disposé comme moi à incriminer le diabète, mais il ne voit pas en quoi ce dernier a été aggravé. Je suis reconnaissant de la première concession et je vais tâcher d'obtenir la seconde.

Pour ce qui est de la mort par le diabète, elle ne paraît point discutable : un homme assez bien portant en apparence, pour exécuter dans une gare de chemin de fer un travail rude, est blessé dans une région où n'existe aucun organe essentiel à la vie. Ce premier choc est bien supporté. Quelques heures après, un autre trauma est surajouté pour simplifier le premier; la seconde secousse est également bien tolérée; tout est mis, par l'amputation, dans des conditions favorables au salut. Cependant la mort arrive au bout de 40 heures. A coup sûr, les traumas n'en sont pas la cause directe. En effet, ils n'ont été le siège d'aucun phénomène local grave ni le point de départ d'aucun symptôme général sérieux.

Le blessé, s'il n'avait pas été en puissance d'une propathie redoutable, ne serait probablement pas mort ou serait mort plus tard,

et, en tout cas, n'aurait pas présenté les accidents tout spéciaux observés pendant les dernières heures de la vie.

Cet homme a succombé très manifestement à une complication ultime, bien étudiée dans ces dernières années par les médecins, et qui est bien digne d'intéresser aussi les chirurgiens : je veux parler du coma diabétique. Cette terminaison ne semble pas être rare après les blessures. J'en ai déjà vu des exemples dans ma pratique. C'est elle qui a fait périr la malade opérée du sein par M. Rosenberger, et dont j'ai relaté brièvement l'histoire. C'est par elle encore que s'est terminée cette opération de cataracte dont notre distingué collègue, M. Louis Thomas (de Tours), nous a communiqué l'intéressante observation.

De même que les symptômes urémiques attestent l'aggravation de la maladie de Bright, de même l'apparition du coma diabétique implique l'aggravation du diabète. Si donc mon amputé a succombé au coma en question, je suis en droit d'admettre que les traumas, écrasement ou amputation, qui l'ont provoqué, ont exercé sur le diabète une action aggravante indéniable.

L'observation suivante ne parait pas plus concluante à mon honorable contradicteur. Reprenons en donc les traits principaux.

Il s'agit, vous vous en souvenez, d'un malade atteint de dyspepsie ancienne et jadis assez grave pour que ses jours, cinq ans auparavant, aient été fortement menacés. Grâce à un régime sévère et à la diète lactée longtemps continuée, la santé s'était à peu près rétablie. Disons de suite, qu'à mon avis, cette dyspepsie était d'origine hépatique, c'est-à-dire symptomatique d'une cirrhose qui n'a été que tardivement reconnue et qui même, faute d'autopsie, n'est pas absolument démontrée. Mais laissons de côté ce détail comme tout à fait accessoire.

Un étranglement herniaire survient, nécessitant une kélotomie. J'opère de bonne heure, le trauma marche à merveille. Le péritoine ne se prend pas, le cours des matières se rétablit. J'ai dit et je répète qu'à partir du troisième jour, l'étranglement et ses conséquences étaient hors de cause. Cependant, 26 jours plus tard, l'opéré était incontestablement mort. Les fonctions digestives n'avaient jamais pu se rétablir, et l'on avait eu de nouveau sous les yeux, au dire des médecins et des parents, l'ensemble des troubles fonctionnels qui, quelques années auparavant, avaient failli déjà entraîner la mort.

J'en avais conclu que l'incident *étranglement-kélotomie*, sans avoir par lui-même compromis l'existence, avait rappelé la propathie et l'avait même aggravée, puisque cette fois la mort s'en était suivie. C'est pourquoi j'avais fait servir cet exemple à la démonstration de ma cause.

M. Trélat n'est pas convaincu; qu'il veuille bien alors me dire de quoi mon opéré est mort : « Ce malade, dit-il, avait une organisation déplorable, et s'il a succombé aux suites d'une opération régulière, c'est qu'il n'a pas pu prendre le dessus. » Mais pourquoi ne l'a-t-il pas pu? M. Trélat nous le laisse ignorer, ou c'est, nous dit-il, parce qu'il avait une organisation déplorable. Moi, qui cherche à me tenir plus près des faits matériels, je pense qu'il faut accuser la dyspepsie, probablement de nature hépatique, que l'incident étranglement-kélotomie a réveillée et aggravée jusqu'à la mort inclusivement.

Vous comparerez, Messieurs, l'explication de M. Trélat à la mienne, et vous jugerez.

La 4e observation est à mon avis aussi concluante que les autres, mais j'avoue qu'elle est plus compliquée, moins saisissante pour ceux qui ne sont point familiarisés avec l'étude particulière des causes de la mort après les lésions chirurgicales.

Il appartenait naturellement à M. Berger, dans le service duquel a été recueilli le fait en question, de le commenter et de le défendre. Bien qu'il se soit acquitté de la tâche d'une manière aussi satisfaisante que possible, je demande à justifier à mon tour mon interprétation première et à montrer qu'ici encore, par une voie indirecte si l'on veut, le trauma a empiré la propathie jusqu'à la mort inclusivement.

Si nous établissons d'abord le bilan pathologique du malade de la Charité, nous constatons trois faits principaux :

A. La propathie, représentée par une cirrhose, peut-être d'origine alcoolique, à coup sûr latente au moment de la blessure.

B. Le trauma, ayant pour siège le gros orteil, n'offrant point de gravité, est cicatrisé en six semaines.

C. La mort survenue au 75e jour.

Entre le trauma et la mort s'interpose une première série d'actes, évidemment en rapport avec ce trauma, savoir : une adénite inguinale, un abcès, un mouvement fébrile imputable à cette phlegmasie, puis l'ouverture de l'abcès suivie d'une rémission telle qu'on peut croire la guérison assurée et prochaine.

Au 71e jour et sans cause appréciable, se montre une autre série de phénomènes qui, tout au contraire, sont évidemment sous la dépendance de la propathie hépatique dont ils font pour la première fois supposer l'existence. Ces phénomènes sont : une teinte subictérique du tégument; la coloration des urines par la matière biliaire; le dépôt dans ces mêmes urines, d'acide rosacique; la diarrhée abondante; l'augmentation considérable du volume du foie — l'œdème bilatéral des jambes et de la paroi abdominale, l'accumulation dans le péritoine de plusieurs litres de sérosité.

Enfin, dans les derniers jours et peut-être dans les dernières heures qui précèdent la mort, se surajoutent des lésions dans la production desquelles l'état local et l'état général peuvent revendiquer une égale part : je veux parler de la fièvre qui se rallume, de la péritonite commençante et de l'infiltration purulente sous-péritonéale de la fosse iliaque interne.

Tous les acteurs du drame étant ainsi mis en scène, on peut chercher sur qui retombe la véritable responsabilité du dénouement.

Je ne prendrai pas la peine de disculper la blessure du gros orteil, ni l'adénite inguinale, ni l'abcès, ni son ouverture, ni le premier mouvement fébrile. Aucun de ces actes, en effet, n'était capable d'entraîner la mort, et si le malade n'avait pas eu autre chose, il aurait certainement guéri et d'autant plus sûrement, qu'à partir de son entrée à l'hôpital, il avait reçu les soins les plus attentifs, les mieux appropriés à son état.

En revanche, j'accuse catégoriquement les accidents qui ont éclaté au 71e jour, d'avoir amené la mort au 75e; mais la difficulté commence ici. Ces accidents sont de deux sortes : les uns, je l'ai déjà dit, sont de source hépatique; les autres, de nature inflammatoire, sont une suite de l'adénite et de la suppuration inguinales; lesquels ont donc amené la terminaison funeste ?

Suivant moi, il faut accuser la lésion hépatique, parce que les symptômes qu'on a observés dans les derniers jours, sont précisément ceux qu'on rencontre à la période ultime des affections du foie chez des sujets non blessés, savoir : la teinte subictérique, la présence des matériaux de la bile dans l'urine, la diarrhée, l'œdème et l'ascite. L'infiltration purulente sous-péritonéale de la fosse iliaque, pas plus que son diverticulum, pas plus que la péritonite légère, ne sont les causes de la mort; car s'ils l'avaient amenée, ç'eût été avec un cortège de symptômes tout différents : fièvre, douleurs vives, vomissements, lesquels ont fait complètement défaut.

Bref, ce malade est mort comme un hépatique et non comme un sujet atteint d'un abcès de la fosse iliaque. Si cet homme n'avait pas été blessé, sa lésion hépatique aurait pu le laisser vivre longtemps encore, et s'il n'avait pas eu le foie malade, il aurait certainement guéri de sa blessure.

Nous trouvons là un exemple de cette influence réciproque ou bilatérale sur laquelle j'ai si souvent insisté. La propathie entrave l'évolution favorable du trauma et fait naître des complications locales; le trauma, à son tour, aggrave la propathie. En effet, je ne crois pas qu'on puisse contester ici l'aggravation d'un état viscéral

qui, bénin au point d'être latent, arrive en dix semaines à entraîner la mort.

A la place de mon explication, qu'il trouve sans doute trop compliquée, voyez ce que met mon éminent contradicteur.

« Cette histoire, dit-il, est des plus simples et cet homme avait des lésions suffisantes pour succomber; il était digne de mourir. Que son foie ait été gros et hypertrophié, je ne dis pas non; mais la mort s'explique parfaitement en dehors de ce fait. »

Eh bien, franchement, je préfère mon interprétation à celle de mon honorable ami.

Veuillez, Messieurs, excuser mon insistance; il n'est pas seulement question de soutenir la valeur plus ou moins démonstrative de quelques faits isolés, mais bien de défendre toute une doctrine, c'est-à-dire :

1° D'établir la part qui revient aux propathies dans la marche et l'évolution de l'association pathologique formée par le traumatisme, d'une part, et de l'autre, une lésion organique, une dyscrasie ou une diathèse;

2° De revenir à une étude sur laquelle depuis les recherches malheureusement incomplètes de Bichat, nous n'avons aucun travail d'ensemble, je veux parler des causes et du mécanisme de la mort, de ce que j'ai appelé la *thanatogénie*, complément nécessaire de la pathogénie;

3° De mettre autant de soin, de zèle et de franchise à dresser le passif du traumatisme opératoire, qu'on déploie d'empressement, de bon vouloir et d'enthousiasme à célébrer ses triomphes.

Cette question pleine d'obscurité avancerait rapidement sans doute, si on se donnait la peine de discuter pied à pied comme M. Trélat et moi venons de le faire, quelques centaines d'observations qu'il serait, hélas! trop facile encore de rassembler.

Au reste, après avoir formulé ses critiques, M. Trélat, ce dont je me réjouis beaucoup, a donné son adhésion formelle à mes principales conclusions; ce qui me porte à croire qu'au lit du malade, nous comprenons de même nos devoirs de savants, de professeurs et de praticiens, et que ni l'un ni l'autre nous ne cédons aux tendances aventureuses du jour.

En terminant, mon honorable ami compare à son tour la chirurgie étrangère et la chirurgie française. Comme moi, il trouve que la seconde n'est point inférieure à la première; seulement, il constate entre les deux rivales des différences considérables qu'il cherche à expliquer par des conditions matérielles et des récompenses honorifiques très inégales au delà et en deçà de nos frontières.

J'accorde qu'à l'étranger la chirurgie publique puise plus large-

ment dans les caisses de l'État et occupe un degré plus élevé sur l'échelle des grandeurs humaines. Mais si j'étais enclin au paradoxe, je féliciterais plutôt la chirurgie et les chirurgiens de France : l'une, de son indigence qui la rend peut-être plus simple, plus ingénieuse, moins portée à la mise en scène; les autres, de l'injustice commise à leur égard, injustice qui met les modestes et les sages à l'abri des accès de monomanie ambitieuse, sans les empêcher de travailler pour la gloire, la patrie et l'humanité.

La manière dont M. Després a jugé mes travaux, me fait craindre et regretter à la fois qu'il n'ait point encore eu le temps de les lire. J'ai déjà répondu aux reproches de plagiat ou d'ignorance (si j'échappe à l'un, je ne puis éviter l'autre) et j'ai protesté contre les opinions excessives qu'on me prêtait sans doute pour les détruire plus aisément. Je ne poursuivrai pas plus longtemps ma défense.

Notre honorable et infatigable collègue a cru devoir exécuter à mes dépens une variation brillante sur un thème favori que la Société de chirurgie connaît depuis plusieurs années : pourfendre les chirurgiens étrangers; tailler en pièces les compatriotes vivants ayant quelques idées originales; exalter à l'extrême un petit nombre de grands maîtres français malheureusement morts et s'en déclarer tout uniment le continuateur, le défenseur et l'interprète.

Il y a trois ou quatre dieux en chirurgie : Boyer, Malgaigne, Velpeau et Nélaton, mais il n'y a plus qu'un prophète.

Pour ma part, désespérant de trouver grâce pendant ma vie devant un si terrible justicier, j'attendrai sans impatience l'heure de ma mort, bien assuré qu'alors M. Després, qui a été quelque peu mon élève, étudiera mes œuvres et s'en servira pour contredire les novateurs du moment, quels qu'ils soient et quoi qu'ils puissent dire.

Je n'ai presque rien à répondre à M. Berger. Les idées débattues en ce moment lui sont bien connues et en quelque sorte familières, je suis heureux de constater que sur un grand nombre de points il pense et agit comme moi.

Les faits qu'il a tirés de sa pratique, au moins en ce qui touche l'action du traumatisme sur la tuberculose, confirment singulièrement mes opinions et justifient mes appréhensions. Je lui suis très reconnaissant de les avoir produits.

Je dois d'abord adresser mes sincères remercîments à M. Richelot, qui a si bien saisi et si fidèlement traduit mes idées, ne m'a prêté ni opinions excessives, ni affirmations prétentieuses, et enfin a reconnu la prudence avec laquelle je procède et les réserves que j'émets toujours avant de conclure.

Il a bien compris que mes recherches visaient d'abord le pronostic des blessures et opérations, la cause et la pathogénie des

accidents traumatiques, et conséquemment la prophylaxie et les indications opératoires. Il ne m'attribue point la sotte pensée de proscrire les opérations urgentes et les opérations nécessaires, mais seulement celle de les montrer sous leur vrai jour, c'est-à-dire avec une gravité beaucoup plus grande chez certains sujets et dans certaines conditions constitutionnelles déterminées. Il devine d'ailleurs que je veux surtout modérer les ardeurs trop grandes du bistouri et inspirer aux praticiens la sainte horreur des opérations inutiles, intempestive ou hasardeuses.

Je sais gré surtout à mon jeune ami d'avoir rapporté un fait opposé en apparence à mes opinions. Avec Landouzy père, Marchal (de Calvi) et d'autres, j'ai affirmé l'extrême gravité des opérations chez les diabétiques et dans un travail en voie de publication, j'indique les complications multiples des blessures chez les anciens paludiques. Or, le malade de M. Richelot était glycosurique et paludique ; cependant le processus réparateur a évolué sans encombre et la santé générale n'a pas été un seul instant troublée, tout a marché comme chez un sujet exempt de toute tare organique. En faut-il conclure que je me suis trompé, en bonne compagnie d'ailleurs, et que j'ai eu tort d'assombrir le pronostic du traumatisme pour les diabétiques et les malariques? Nullement, car en ce qui touche au moins les premiers, j'ai en préparation un mémoire renfermant plus de 20 observations de néoplasmes divers chez les diabétiques (ce qui, soit dit en passant, indique une coïncidence plus commune qu'on ne le croit) et parmi ces 20 cas, une proportion malheureusement considérable de désastres chirurgicaux survenus entre les mains habiles de plusieurs de nos collègues aussi bien qu'entre les miennes.

Mais voyez, Messieurs, l'importance et l'utilité de multiplier les faits bien observés ! Voyez combien j'ai raison de faire appel à la publication de tels documents !

L'observation de M. Richelot, en même temps qu'elle me donne un démenti en ce qui touche le pronostic, confirme en revanche plusieurs propositions que j'ai précédemment énoncées.

A. — En étudiant il y a deux ans la glycosurie paludique, j'étais arrivé à croire que cette variété s'observait souvent chez des sujets forts et robustes et qu'elle semblait avoir peu de gravité au point de vue chirurgical. Le cas de M. Richelot dépose en ce sens.

B. — En mettant en relief la gravité exceptionnelle du traumatisme chez les diathésiques, j'ai voulu certainement énoncer un fait facile à constater, mais j'ai poursuivi simultanément la recherche des moyens capables d'atténuer cette gravité et c'est à ce propos que j'ai insisté sur le traitement préparatoire approprié au genre et à la nature des propathies : donner le mercure au syphilitique,

l'iode au scrofuleux, l'arsenic au névropathe, les alcalins au rhumatisant, le sulfate de quinine au paludique, etc.

C'est pour la même raison que j'ai toujours blâmé ces opérations précipitées faites dans beaucoup de cliniques étrangères le jour même ou le lendemain de l'entrée, empressement qui expose d'abord à des diagnostics incomplets, et qui exclut ensuite ces précautions, ces préparations auxquelles nos ancêtres tenaient à bon droit et qui, en maintes circonstances, assurent le succès.

Or, qu'a fait M. Richelot? Tout pénétré qu'il était de la nécessité d'intervenir vite, il a sagement temporisé, et, par une médication préliminaire convenable, il a pu réduire sensiblement la quantité du sucre et diminuer de moitié la polyurie; puis, aussitôt après l'opération, il a administré préventivement le sulfate de quinine. Est-ce à ces mesures qu'il doit son succès et le silence gardé par les propathies? Je suis fort enclin à le croire.

Il y a quelques mois, en province, j'ai opéré une volumineuse tumeur du sein; la dame était paludo-glycosurique. J'ai institué le traitement par les alcalins et le sulfate de quinine. Dans les jours qui ont suivi l'ablation du sein, la glycose a augmenté. La fièvre a reparu, mais fort bénignement, et la guérison s'est effectuée comme chez une malade ordinaire.

Comparez ce résultat avec l'issue funeste de l'opération que nous a communiquée, M. Maunoury fils, lequel, sans savoir que sa malade était diabétique, a fait une opération très comparable à celle de M. Richelot.

Comparez-le encore avec le cas fatal de M. Rosenberger, lequel, sachant que la patiente était diabétique, ne paraît point en avoir tenu compte et n'a pris aucune mesure préventive,

Sachez que les exemples des désastres chirurgicaux dont je vous entretiendrai quelque jour ont été observés dans des cas de diabète méconnu ou de diabète intermittent, et avec moi, vous penserez que nous serons bientôt en mesure, après avoir constaté le danger, de le braver à l'aide d'une thérapeutique rationnelle.

On alléguera peut-être que de temps immémorial, on soumet les sujets qui doivent subir une opération à un traitement préparatoire spécial et qu'ici encore, nous ne préconisons rien de nouveau. Mais la préparation classique instituée par nos vieux maîtres était banale, ne variait pas d'un sujet à l'autre, et consistait surtout dans les bains, les purgatifs et la diète.

On serait, je crois, fort embarrassé de trouver dans un ouvrage datant de 20 ans une observation comparable à celle de M. Richelot, où une médication complexe ait été instituée contre un état pathologique fort compliqué lui-même.

C. — Je relève dans le fait cité un dernier détail bien curieux.

Le malade était diabétique, paludique, arthritique et alcoolique, offrant ainsi un spécimen bien remarquable d'hybridité à 4 termes. Grâce au traitement préliminaire sans doute, la glycosurie ne s'aggrave pas (du moins je le pense, car il n'est pas dit qu'on ait analysé l'urine après l'opération) et la fièvre intermittente ne se rallume pas. L'alcoolisme, qui, d'ailleurs, n'était pas très prononcé, n'entre pas en scène. En revanche, l'arthritisme, contre lequel on n'avait pris aucune mesure, se réveille sous la forme d'un accès de colique hépatique survenu trois semaines après l'opération, comme un écho de l'action stimulante du traumatisme, et sans qu'on puisse du moins accuser ni fatigue ni excès de régime, causes communes de la colique en question.

Encore une fois, je remercie M. Richelot qui nous a apporté une des observations les plus instructives que je connaisse.

M. Trélat. Avant de répondre sur le fond du débat, ce que je ferai ultérieurement, je désire répondre à M. Verneuil au sujet d'un incident que soulève son discours.

M. Verneuil ne m'a pas très bien lu dans cette partie tout à fait secondaire de mon discours où je compare la chirurgie française et la chirurgie allemande. Je n'ai pas dit un seul mot qui pût faire croire qu'à mon avis, les chirurgiens allemands pouvaient nous être supérieurs, grâce à certaines distinctions honorifiques.

M. Verneuil. Vous avez fait allusion à l'Angleterre.

M. Trélat. Le banquet des chirurgiens de Londres, auquel j'ai fait allusion, est une chose toute autre que les distinctions honorifiques dont parle M. Verneuil.

J'ai surtout dit que ce qui différenciait les chirurgiens allemands des chirurgiens français, c'était que les premiers avaient, à l'heure actuelle, un outillage tout autrement puissant que le nôtre; j'ai dit aussi qu'en raison de certaine organisation d'enseignement propre à leur pays, ils font beaucoup plus d'opérations que nous, et que si cela présentait certains avantages, cela présentait aussi des inconvénients. Faisant un nombre très grand d'opérations, ils ont la plus grande tendance à devenir exclusivement des opérateurs, et oublient ainsi trop souvent le but final de notre intervention, qui est la guérison des malades.

Telle a été ma pensée, elle n'a pas été autre, et c'est pour cela que j'ai tenu à rectifier immédiatement la partie du discours de M. Verneuil relative aux distinctions honorifiques.

M. Verneuil. Je suis prêt à modifier mon texte dans le sens indiqué par M. Trélat. Je le ferais d'autant plus volontiers, que le

point qu'il soulève en ce moment est tout à fait accessoire dans la question.

M. Després. Un mot à M. Richelot. M. Richelot a dit : Il faut que la théorie de M. Verneuil soit vraie, puisqu'elle a été adoptée même par M. Després; il aurait pu dire, même par les grands chirurgiens morts depuis longtemps.

M. Verneuil vient de répondre à mon argumentation par quelques phrases amères; sans discuter mes arguments, il les a pris avec quelque hauteur. Je répondrai sans aigreur. Mes souvenirs de collège me rappellent quelques vers qui peignent une situation analogue. Un premier ministre du roi de Perse, objet d'adulation de tous, ne pouvait souffrir la résistance d'un homme. Un confident Hydaspe (M. Richelot m'entend), a beau dire :

Seigneur, d'une si belle vie,
Un si faible ennemi peut-il troubler la paix ?

Aman s'indigne et dit :

Lorsque, d'un saint respect tous les Persans touchés,
N'osent lever leurs fronts à la terre attachés,
Lui fièrement assis et la tête immobile
Traite tous ces honneurs d'impiété servile,
Présente à mes regards un front séditieux,
Et ne daignerait pas même baisser les yeux.

Racine, cet admirable poète des passions humaines, avait bien vu que les hommes qui ont de grosses places ne supportent pas la contradiction et que les éloges qu'ils recherchent le plus sont ceux qui les fuient et non ceux qui les suivent.

Mais revenons au fait. Je ne suis pas le prophète des grands chirurgiens morts, mais j'ai gardé la mémoire de ce qu'ils ont fait, et je ne laisse pas dater la science à partir des modernes seulement. L'influence des diathèses sur les traumatismes et les inflammations, et réciproquement, est une doctrine française ancienne ; c'est un patrimoine médical et chirurgical de la France qui n'appartient pas à M. Verneuil, ce serait une injustice d'en dépouiller ses devanciers, et voilà pourquoi j'ai parlé.

M. Verneuil. Il suffit de lire ce que mes élèves et moi avons écrit sur cette question, pour constater que nous en avons fait l'historique avec le plus grand soin.

Nous avons fait de nombreuses citations, pour montrer que cette doctrine est vieille, et si justice est rendue à nos prédécesseurs, c'est nous-même qui avons fourni les éléments de cette justifica-

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. *Le gérant :* G. Masson

tion. C'est ainsi, par exemple, que nombre de mes citations ont été empruntées à l'École de Montpellier, où l'on a, comme vous le savez, la plus grande tendance à réunir la médecine et la chirurgie.

Ainsi donc, je ne me suis approprié aucune découverte appartenant à autrui, pas plus que je n'ai entraîné qui que ce soit autrement que par la persuasion; je suis bien loin des tendances despotiques que me prête M. Després.

Maintenant, si j'ai été un peu vif dans ma défense, M. Després comprendra qu'à mon âge, il est difficile d'accepter les accusations d'ignorance et de plagiat, et il est permis de dire que celui qui vous accuse ainsi ne mérite pas une longue réponse.

M. Després. Je n'ai jamais accusé M. Verneuil de plagiat. Je me suis borné à dire que ses idées sont défendues depuis plus d'un siècle par les médecins français, et que je me refuse à le considérer autrement que comme le plus admirable des vulgarisateurs.

M. Verneuil. Je ne vaux ni cet excès d'honneur, ni cette indignité.

M. Polaillon. Dans le discours que M. Verneuil vient de prononcer, j'ai été particulièrement frappé d'un point, à savoir l'influence du traumatisme opératoire sur le développement rapide d'une méningite tuberculeuse. Comme j'ai observé récemment un fait très démonstratif à cet égard, je pense qu'il y a intérêt à le faire connaître.

Observation.

Tumeur blanche astragalo-calcanéenne à la suite d'une entorse; évidement de la partie antérieure du calcanéum; méningite tuberculeuse; mort.

(Observation recueillie par M. Sapelier, interne du service.)

La nommée D., Amélie, âgée de 41 ans, couturière, est entrée le 12 janvier 1883 à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Polaillon, salle Gerdy nº 10.

Antécédents. — Son père est mort vers l'âge de 65 à 70 ans sans maladie reconnue. Il n'était pas rhumatisant. Sa mère est morte de suites de couches à 32 ans. Sur cinq frères et sœurs, une sœur est vivante et bien portante; les autres sont morts, l'un accidentellement, l'autre à la suite d'un refroidissement à 35 ans et le troisième à 60 ans.

Dans son enfance Amélie D. n'a jamais eu de maladie. Un impétigo du cuir chevelu est la seule manifestation strumeuse qu'elle ait éprouvée. Réglée depuis 16 ans et demi, normalement. Pas de pertes blanches. A 19 ans scarlatine sans complications.

Elle a eu sept enfants: le 1er est mort à 3 ans de diarrhée cholériforme; les 2e, 3e, 4e et 5e sont morts dans la première année par

une cause indéterminée. Les 6e et 7e sont bien portants, âgés l'un de 9 ans, l'autre de 5 ans. Les suites de couches ont toujours été normales.

Elle n'a jamais eu d'éruption cutanée, syphilitique ou autre; jamais de toux persistante, ni d'amaigrissement.

En septembre 1882, Amélie D. se fit une légère entorse au pied gauche. Mais son travail l'obligeant à rester toujours assise, elle souffrait peu ou pas et négligea complètement cet accident. A la fin de novembre, elle fit un ouvrage qui l'obligea à rester debout toute la journée. Dès le 3e jour, son pied enfla et devint un peu douloureux. Néanmoins elle continua à travailler et à marcher. Au milieu de décembre, les mouvements du pied devinrent difficiles et douloureux, et la malade se mit à boiter. Le 4 janvier 1883, elle est obligée de cesser de marcher.

État actuel. — A l'entrée dans le service, le 12 janvier, le pied gauche est tuméfié sans rougeur de la peau. En arrière et au-dessous de la malléole interne on trouve une saillie élastique, presque fluctuante. Les mouvements de flexion et d'extension sont limités et douloureux.

Pas de douleurs spontanées. Pas d'engorgement ganglionnaire dans le pli de l'aine. Aucune fièvre. L'état général est bon. Embonpoint normal. Tempérament lymphatique.

M. Polaillon diagnostique des fongosités provenant de la gaîne du fléchisseur commun des orteils et peut-être des articulations du tarse.

Badigeonnages de teinture d'iode; compression ouatée; immobilisation dans un appareil silicaté.

14 *février*. — La tuméfaction interne étant devenue nettement fluctuante, incision avec le bistouri. Issue d'une sérosité purulente et de quelques fongosités. Pansements avec la poudre d'iodoforme et la gaze iodoformée.

En introduisant un stylet dans la plaie on reconnaît qu'il pénètre jusqu'au calcanéum, qui est mis à nu et friable.

Opération. Le 1er mars. — Cloroformisation. Application de la bande d'Esmarch. Précautions antiseptiques. Spray phéniqué. — Incision courbe à un travers de doigt au-dessous de la malléole interne. Curage des fongosités et évidement de la partie antérieure et interne du calcanéum. L'opération terminée, le doigt sent très nettement la face articulaire inférieure et interne de l'astragale, qui est sain.

Lavage de la cavité opératoire avec un jet d'eau phéniquée. Etablissement d'un drain. Deux points de suture métallique. Pansement de Lister. Immobilisation du pied et de la jambe dans un appareil plâtré.

L'examen microscopique des fongosités et de l'os enlevé ne démontre pas la présence d'éléments tuberculeux.

2 *mars*. — Fièvre nulle.

3 *mars*. — 1er pansement.

6 *mars*. — 2e pansement : Le drain est changé; les sutures sont enlevées. La plaie semble se réunir par première intention.

Mais, dans les jours suivants, on voit du pus sortir de la profondeur de la plaie.

14 *mars.* — Décollement de la peau au niveau de l'extrémité postérieure et supérieure de l'incision. La plaie est fongueuse.

Pansement tous les trois jours avec la poudre d'ioforme et la gaze iodoformée portée jusqu'au fond de la plaie.

31 *mars.* — Depuis quelques jours la malade a été prise d'une somnolence presque continuelle. Elle ne demande plus à manger. Elle fait ses déjections sous elle. Quelques vomissements. Céphalalgie diffuse. Douleurs vagues dans tous les membres. Elle répond difficilement aux questions qu'on lui adresse. Pas de frissons. Pas de toux. L'auscultation de la poitrine et du cœur ne révèle rien. Les urines examinées avec soin sont normales.

4 *avril.* — Même état de torpeur et de demi-coma. Hypéresthésie : la malade accuse une douleur très vive au moindre pincement de la peau ou des masses musculaires. La tête est renversée en opisthotonos, et e cou est rigide, si bien qu'il est impossible de lui imprimer le moindre mouvement. Les pupilles ne sont pas inégales et la contractilité pupillaire est intacte. Pas de déviation conjuguée des yeux. L'intelligence est de plus en plus compromise. Par moments la malade manifeste sans motif une grande gaieté.

On diagnostique une méningite propablement tuberculeuse et on porte un pronostic très grave.

5 *avril.* — Constipation sans ballonnement ni rétraction du ventre. La tête est toujours en opisthotonos, mais avec une légère rotation à droite. Un peu de frissons. Douleur vive à la moindre tentative de mouvement communiqué.

Fièvre très modérée, 38,4, le soir.

Révulsif. Lavement purgatif.

6 *avril.* — Même état. Il semble par moment qu'il y a de l'hémiplégie faciale gauche. La tête est toujours tournée à droite. Mais sans déviation conjuguée des yeux. T. 38°,6.

7 *avril.* — Coma de plus en plus profond. Refroidissement des extrémités. T. 36°,8. Mort à dix heures du soir.

Autopsie. — On ouvre le crâne avec précaution et on trouve une *méningite tuberculeuse* des plus caractérisée. Il n'y a pas de tubercule dans la masse encéphalique.

Quelques granulations tuberculeuses au sommet des deux poumons.

Le cœur et le péricarde sont sains.

Semis de granulations tuberculeuses sur tout le péritoine. Point d'épanchement ascitique, ni de fausses membranes.

Infiltration tuberculeuse des ganglions mésentériques.

Toutes ces productions tuberculeuses sont de formation très récente.

L'examen du pied montre une ostéite suppurée du calcanéum et du scaphoïde. Les articulations astragalo-calcanienne et médio-tarsienne sont remplies de fongosités.

L'articulation tibio-tarsienne est saine ; mais les éléments péri-articulaires sont épaissis et indurés.

Ainsi, voilà une malade, qui est arrivée jusqu'à l'âge de 41 ans, sans altération de la santé, sans manifestation tuberculeuse d'aucune sorte. Elle se fait une entorse légère, qu'elle soigne mal et qui devient une tumeur blanche avec suppuration et production de fongosités, *qui ne sont pas tuberculeuses*. Le chirurgien enlève les fongosités par le grattage, rugine et évide les surfaces osseuses malades. L'opération est, en somme, sans grande importance. Elle est faite avec toutes les précautions antiseptiques. Elle ne produit point de fièvre traumatique et même point de malaise. Les ganglions du pli de l'aine ne se tuméfient pas ; on ne peut donc pas faire la supposition que les lymphatiques, ouverts par les instruments, ont absorbé des éléments tuberculeux qui auraient été transportés, d'abord, dans les ganglions de l'aine et auraient, ensuite, infecté toute l'économie. Je rappelle, d'ailleurs, que les fongosités enlevées ne contenaient pas de tubercules. Cependant, moins d'un mois après l'opération, la malade présente tous les signes d'une méningite, et elle meurt rapidement dans le coma. A l'autopsie nous trouvons, en effet, des myriades de granulations tuberculeuses dans les méninges, dans le péritoine et dans le sommet des poumons. Ces granulations se présentent avec des caractères de formation tellement récente, qu'elles se sont probablement développées depuis l'opération. Il est difficile de ne pas considérer ce fait comme une démonstration évidente de l'influence du traumatisme sur l'explosion de la tuberculose dans divers organes et en particulier dans les méninges.

L'observation, que je viens de citer, ajoutée à celles que M. Verneuil a fait connaître, montrent quelles redoutables conséquences peut avoir un traumatisme accidentel ou chirurgical chez les sujets prédisposés à la tuberculisation ou déjà tuberculeux. Néanmoins, je considère ces cas comme rares. Je ne partage pas l'opinion de ceux qui pensent, avec M. Berger, que les opérations aggravent presque fatalement l'état des tuberculeux et précipitent leur fin. Je crois, au contraire, comme M. Trélat, que certaines opérations, loin d'être funestes aux tuberculeux, améliorent souvent leur état et prolongent leur vie.

D'après ce que j'ai vu, les opérations chez les tuberculeux agissent de trois manières différentes : tantôt elles aggravent la maladie générale, tantôt elles n'ont aucun effet sur elle, et la phtisie continue sa marche comme s'il n'y avait pas eu d'intervention chirurgicale ; d'autres fois enfin, le patient reprend de l'embonpoint et de la force, et la phthisie se trouve enrayée pour un temps plus ou moins long.

Le point difficile, celui qu'il faudrait élucider pour servir de guide à la clinique, est de savoir quels sont les tuberculeux qu'il

faut s'abstenir d'opérer et quels sont ceux chez lesquels une opération sera profitable. L'état avancé de la phtisie pulmonaire, la marche rapide et la généralisation de la maladie aux deux poumons, sont pour moi des contre-indications formelles à toute opération. Mais si j'ai affaire à un phtisique dont la tuberculose localisée à un sommet fait peu de progrès, je n'hésite pas à l'opérer ; je n'hésite pas, par exemple, à lui enlever un membre affecté de tumeur blanche suppurée. J'ai vu dans ces cas, chez des sujets très affaiblis et très amaigris, l'appétit renaître, les forces se relever et l'embonpoint revenir avec toutes les apparences d'un retour à la santé.

Evitons en général, de faire des opérations chez les tuberculeux; portons un pronostic grave sur les suites des opérations que nous sommes obligés de leur faire; mais ne refusons pas systématiquement à certains d'entre eux une opération dont ils retirent souvent un grand bénéfice.

M. Verneuil. En répondant à M. Trélat, dans la dernière séance, j'annonçais que l'amélioration dans l'état général, survenue à la suite de l'amputation chez le malade de M. Redard, ne s'était pas maintenue longtemps. En effet, tandis que les symptômes thoraciques et la septicémie semblaient avoir disparu, l'aggravation de la lésion rénale, d'abord peu sensible, s'était de plus en plus accentuée ; l'œdème généralisé, l'oligurie, la diarrhée profuse, avaient paru, indiquant une cachexie rénale. Le malade succomba le 12 mai.

Voici du reste, la fin de l'observation depuis la fin de novembre jusqu'à l'époque de la mort.

Au 1er décembre, deux mois après l'amputation, état général assez satisfaisant ; il n'y a pas de fièvre ; la moyenne de la température est de 37°,02 le matin, 37°,05 le soir.

Suppuration modérée au niveau des fistules sous-maxillaires, lésions du poumon stationnaires ; toux et expectoration modérées ; respiration saccadée, un peu rude au sommet gauche ; râles humides, caverneuleux au sommet droit, digestions faciles. Le foie n'a pas augmenté de volume ; point de diarrhée ; nulle trace d'œdème ; cependant albumine un peu plus abondante que les jours précédents.

Tout le mois de décembre et la plus grande partie de janvier se passent ainsi ; rien ne fait de progrès ni en bien ni en mal ; les douleurs sont nulles ; l'opéré est content : on essaie de le lever et de l'asseoir dans un fauteuil ; il est pâle, maigre, très anémique, apyrexie complète.

Le 25 janvier, œdème survenu assez brusquement et occupant les membres inférieurs et la moitié droite de la face.

L'examen des urines donne les résultats suivants :

Quantité en 24 heures : 1250; — Densité, 1020; urée, 19,10; acide urique, 0,11; albumine, 8,60.

Il y a tendance à l'hypothermie, le thermomètre oscillant régulièrement du matin au soir, entre 36°,2 et 37°,6. Etat stationnaire du côté des poumons.

En février, l'œdème augmente, la diarrhée apparaît et résiste à tous les moyens; perte d'appétit ; vomissements assez fréquents ; le niveau de la température s'élève d'un demi-degré dans la première moitié du mois et d'un degré vers la fin.

La quantité des urines diminue très notablement ; la moyenne pendant les vingt-quatre heures est de 500 grammes seulement. La quantité totale de l'albumine éliminée reste à peu près la même.

En mars, les symptômes de l'affection rénale s'aggravent peu à peu. Un jour l'œdème s'accroît subitement et envahit le corps entier. L'albumine est éliminée en grande quantité et l'urine traitée par les réactifs se prend en masse comme du liquide ascitique. La diarrhée, l'anorexie, les nausées sont plus prononcées que jamais. La faiblesse est grande; la température du soir dépasse souvent 38°. Cependant il n'y a que fort peu de toux et d'expectoration et la tuberculose pulmonaire ne progresse certainement pas.

La suppuration sous-maxillaire semble se tarir.

En avril, sauf la diarrhée qui persiste, les autres symptômes s'amendent un peu; l'œdème disparaît, néanmoins, il n'y a pas d'illusion à se faire sur l'issue finale et même assez prochaine. La crise se déclare dans les premiers jours de mai. Les urines deviennent de plus en plus rares ; un certain jour 250 grammes à peine sont rendus.

Le 8, au milieu du jour, le malade perd connaissance d'une manière presque complète et reste deux heures environ dans cet état; on le fait revenir avec des sinapismes et des stimulants.

Le 10, même accès un peu plus long, précédé d'oppression considérable; anurie pendant tout le jour. Des sinapismes sur la région rénale font reparaître l'urine.

Le 12, violent accès de suffocation; perte de connaissance, stertor; mort rapide.

Autopsie.

Reins. — Très volumineux. — Substance corticale blanche, augmentée d'épaisseur, anémiée. — Pas d'adhérence de la capsule.

Les reins présentent tous les caractères de la variété de mal de

Bright, *le gros rein blanc.* Les lésions sont à peu près semblables des deux côtés.

Foie. — Volume moyen. — Pas de dégénérescence graisseuse, ni amyloïde.

Poumons. — Lésions tuberculeuses au deuxième degré du côté droit, adhérences anciennes et très étendues, principalement marquées au sommet. — Infiltration tuberculeuse au sommet gauche.

Au niveau de la cloison interventriculaire à la face *antérieure du cœur*, noyau caséeux du volume d'une petite noix, présentant tous les caractères d'un tubercule. Ce noyau est séparé des cavités cardiaques par une partie de tissu sain de 2 à 3 millimètres.

Tous les anciens foyers de suppuration sont cicatrisés, excepté celui de la mâchoire inférieure du côté gauche.

M. Perier. Sur l'invitation de M. Verneuil, je vous citerai un fait que j'ai observé à la Charité, il y a une dizaine d'années, alors que je remplaçais M. le professeur Gosselin. Un homme de forte stature, ayant les attributs d'une santé florissante, était entré à la salle Sainte-Vierge, pour une arthrite coxo-fémorale récente, très douloureuse. La cuisse étant fléchie sur le bassin, je crus devoir endormir le malade pour lui redresser le membre et l'immobiliser ensuite dans un appareil approprié. A partir du moment où cet homme sortit du sommeil anesthésique, il eut une dyspnée croissante, une fièvre de plus en plus intense, et il succomba en moins de trois semaines. A l'autopsie, nous trouvâmes une tuberculisation miliaire des deux poumons, qui évidemment était très récente et n'avait dû se développer qu'à l'occasion de l'intervention chirurgicale. Mon impression m'avait porté alors à incriminer l'action directe du chloroforme sur la muqueuse pulmonaire, et je pensai que l'irritation produite par l'agent chimique avait donné le coup de fouet à une tuberculose latente; et que peut-être sans la chloroformisation, la tuberculose serait restée plus ou moins limitée à l'articulation coxo-fémorale, et si elle avait envahi les poumons, ce n'eût pas été d'une manière aussi foudroyante. M. Verneuil trouve dans le fait du redressement violent de la jointure une explication suffisante de l'explosion de la diathèse; comme la preuve est impossible à donner, on peut rester hésitant.

Présentation de malade.

M. Robert, médecin-major, présente un malade auquel il a enlevé l'astragale pour une ostéite tuberculeuse non suppurée.

L'observation de ce malade est renvoyée à l'examen de M. Chauvel.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 23 mai 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° M. le professeur Herrgott de Nancy offre à la Société un travail qu'il vient de publier sur le spondylizème et sur la spondylolisthèsis.

3° Observation d'amputation des deux jambes chez un homme paludéen et glycosurique, guérison par M. Demmler, médecin major. (Rapporteur : M. Chauvel.)

Rapport

par M. TERRIER.

M. le Dr T. Piéchaud chef de clinique à la Faculté de médecine de Bordeaux nous a présenté deux intéressantes observations, dont je vais essayer de vous rendre compte.

La première de ces observations a pour titre : *Épiplocèle enkystée et enflammée*, elle a été recueillie dans le service de M. le professeur Lannelongue de Bordeaux.

Il s'agit d'un homme de 63 ans, qui entra à l'hôpital le 8 février 1882, pour se faire traiter d'une volumineuse tumeur de l'aine droite.

Il y a 30 ans, le malade fut atteint de hernie à la suite d'une chute, d'ailleurs il ne porta pas de bandage, aussi la hernie n'était-

elle rentrée que pendant la nuit. Le plus souvent la réduction était facile, toutefois dans certain cas elle nécessitait un taxis un peu long.

Depuis un mois la réduction était devenue incomplète, et la tumeur indolente qui persistait dans l'aine, devint grosse comme un gros œuf de poule; elle fut alors un peu douloureuse.

Il y a trois semaines, la tumeur s'accrut rapidement et le malade cessa tout travail; un médecin appelé fait des tentatives de taxis, puis adresse le malade à l'hôpital.

Sauf une fièvre assez vive (39°,5), il n'y a pas d'accidents de rétention de gaz, ou des matières intestinales, ni de phénomènes péritonitiques.

La tumeur qui occupe le siège de la hernie crurale, offre le volume de deux poings; elle est lisse, arrondie, un peu fixée sur les parties profondes, rénitente, fluctuante et légèrement douloureuse à la palpation; les téguments sont rouges, et en somme cette tumeur paraît enflammée.

Après avoir rejeté le diagnostic d'adénite suppurée, l'examen attentif du membre inférieur, de l'anus et de la fesse ne permettant pas la constatation de la moindre lésion, on pensa à une épiplocèle enflammée. Toutefois, ce diagnostic fut abandonné pour celui d'un hygroma enflammé.

Une ponction exploratrice, donna issue à quelques gouttes de sérosité jaunâtre et par l'aspiration on obtint 150 grammes environ de ce liquide, coagulable spontanément et sous l'influence du calorique, la tumeur s'affaisse, toutefois elle persiste en partie et par le palper on sent des parois indurées, épaisses, au-dessous desquelles existent des bosselures inégales, dues très probablement à de l'épiploon, comme le diagnostiqua M. le Dr Lannelongue. Il existe une crépitation sur la tumeur.

Le liquide se reproduisit, toutefois les phénomènes inflammatoires se calmèrent et l'état général devint très bon.

On se décide à inciser la tumeur et après la section de la peau et du tissu cellulo-graisseux on arrive dans une cavité renfermant une grande quantité de sérosité; cette cavité contient une masse d'épiploon : on avait donc affaire à un sac herniaire, avec de l'épiploon adhérent partout au collet du sac.

L'épiploon et les parois du sac offrent des fausses membranes de formation récente et une coloration assez accusée résultant de l'inflammation des parties.

L'épiploon fut lié en deux parties par du catgut et le sac fut disséqué jusqu'à son collet, c'est-à-dire jusqu'au point où l'épiploon était adhérent. Drainage, deux sutures profondes et des sutures superficielles en crin.

Le malade guérit très vite et presque sans suppurer.

M. le D[r] T. Piéchaud fait suivre cette observation de quelques réflexions fort judicieuses sur la difficulté du diagnostic dans certaines tumeurs de l'aine. Il est certain que dans le cas actuel on pouvait penser à un hygroma enflammé ; toutefois, l'absence de frottement par une pelote dure, l'existence d'une hernie devenue peu a peu irréductible et sur laquelle on avait fait des tentatives inutiles et intempestives de taxis, pouvait aussi mettre sur la voie d'un diagnostic exact.

Ajoutons que cette erreur avait une importance relative en ce sens que l'intervention chirurgicale était indiquée dans les deux cas, quoique cependant différente pour chacun d'eux, on le comprend facilement.

La seconde observation de M. T. Piéchaud a pour titre : *Note sur un cas de hernie ombilicale étranglée ; opération et guérison.*

Il s'agit d'une femme de 66 ans, entrée le 15 juillet 1882 dans le service du professeur Lannelongue de Bordeaux pour y être traitée d'une hernie ombilicale volumineuse, étranglée depuis un peu plus de 48 heures. Cette hernie qui date de fort longtemps, offrait jadis le volume d'un œuf de pigeon et rentrait facilement.

Il y a trois ans, il y eut des accidents d'étranglement qui furent assez intenses, un médecin put réduire la hernie par le taxis. La malade porta dès lors un bandage ombilical, qui maintenait les parties ; toutefois dans ces derniers mois, le bandage fut abandonné presque complètement.

Le 12 juillet 1882, le soir et après un accès de toux, la hernie devient irréductible et provoque des accidents d'étranglement : coliques, nausées, vomissements bilieux, absence de selles et de gaz par l'anus. Cet état persista et s'aggrava les 13 et 14, il y eut même des vomissements fécaloïdes. Le 14 au soir la malade se décide à entrer à l'hôpital Saint-André.

Au niveau de l'ombilic existe une tumeur du volume d'une orange, peu tendue, douloureuse et assez vaguement sonore à la percussion ; cette tumeur a refoulé en haut la cicatrice ombilicale.

Le facies est un peu altéré, le ventre peu ballonné et non douloureux.

M. Piéchaud opère de suite la malade : incision cutanée d'environ 10 centimètres et ouverture rapide du sac situé presque sous la peau et renfermant un liquide rosé. L'épiploon est congestionné et tuméfié ; ses lobes recouvrent une anse d'intestin grêle peu volumineuse ; en outre il présente quelques adhérences qui détachées saignent un peu et sont liées au catgut. Le collet fort serré est incisé en plusieurs points, si bien qu'on put attirer l'intestin,

vérifier son intégrité, le laver avec l'eau phéniquée et enfin réduire l'anse herniée.

L'épiploon sain est laissé en place, de façon à obturer l'ouverture de l'anneau.

Suture superficielle en crin, drain placé entre l'épiploon et la surface interne du sac. Pansement de Lister; toute l'opération a été faite sans le spray et avec les précautions de la méthode listérienne.

Les suites de l'opération furent des plus simples, le cours des gaz et des matières se rétablit au bout de 24 heures, la température n'atteignit que 38,5 et le 12e jour la cicatrisation était complète.

En résumé M. Piéchaud a appliqué à la hernie ombilicale les préceptes d'intervention rapide admis pour les autres hernies. En cela il a eu entièrement raison et il est en parfait accord avec l'opinion formulée par la Société de chirurgie le 5 janvier 1881, à la suite de notre communication.

Un seul point reste discutable; M. Piéchaud se demande si après la réduction de l'intestin, il a bien fait de laisser l'épiploon en place, plutôt que de le réséquer ou de le réduire. En agissant ainsi il croit que le bouchon épiploïque, contractant rapidement des adhérences, s'oppose très efficacement à l'introduction des liquide de la plaie dans la cavité abdominale.

La conduite tenue par M. Piéchaud est fort rationnelle et ne peut être attaquée sérieusement; toutefois lorsque l'épiploon n'est que légèrement congestionné, qu'il n'offre pas de lésions graves et surtout quand il n'est pas trop volumineux, nous pensons qu'on peut le réduire après l'avoir soigneusement épongé. Est-il plus malade, craint-on sa réduction, forme-t-il une masse considérable? je conseillerais alors de le réséquer en appliquant au préalable une ou plusieurs ligatures au catgut ou avec la soie phéniquée, ligatures portant sur les parties saines. On peut encore réduire la masse épiploïque. Cette réduction complète, nous paraît offrir un grand avantage lorsqu'on résèque le sac herniaire et qu'on tente l'oblitération de l'ouverture ombilicale en avivant l'anneau et en passant des points de suture profonds; en un mot lorsqu'on s'efforce d'obtenir la guérison radicale de la hernie. Cette guérison a dans l'espèce une importance capitale en ce sens, que dans les conditions ordinaires la hernie opérée se reproduit, d'où la nécessité d'un appareil contentif, d'où l'imminence d'autres accidents d'étranglement.

J'ai l'honneur de vous proposer de déposer le travail de M. Piéchaud aux archives, et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Gillette. Relativement à la première observation de M. Piéchaud, je dirai qu'elle était inutile, qu'elle a été faite, si je puis m'exprimer ainsi, par curiosité et pour fixer un diagnostic qui était incertain.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une épiplocèle enflammée, qui ne s'accompagne d'aucun accident grave, on peut attendre, ou tout au moins se borner à la ponction qui a été faite.

Le malade a guéri, c'est très bien; mais, si on ne l'avait pas opéré, il aurait guéri également et n'aurait pas couru les dangers inhérents à l'opération.

Pour ce qui est de la seconde opération, relative à une hernie ombilicale entéro-épiploïque étranglée, je critiquerai la pratique qui a consisté à laisser l'épiploon dans la plaie. Je crois qu'il eût mieux valu réséquer l'épiploon sans le réduire. On eût évité la longue suppuration de la masse épiploïque abandonnée dans la plaie, et le malade eût été mis à l'abri d'une complication, fréquente dans ce genre de hernie, je veux parler du passage du pus dans le péritoine.

M. Terrier. Peut-être eût-il été possible de ne pas opérer le premier de ces deux malades, mais M. Gillette va trop loin en disant que l'opération a été une opération inutile et faite par curiosité.

Réséquer le sac herniaire et l'épiploon, dans une hernie épiploïque enflammée, me paraît une opération justifiable dans certains cas, difficiles à apprécier ailleurs qu'au lit du malade. En tous cas, cela rend de grands services à l'opéré.

Pour ce qui est de la seconde opération et du maintien de l'épiploon dans la plaie, la conduite préconisée par M. Gillette était bonne, alors que nous n'avions pas à notre disposition le pansement de Lister. A l'heure actuelle, où nous obtenons, comme cela a eu lieu dans l'espèce, la guérison de la plaie en treize jours, il n'y a pas d'inconvénients à laisser l'épiploon en place. Cela peut même présenter quelques avantages, puisque cet épiploon peut former un bouchon et fermer mécaniquement l'orifice herniaire.

M. Gillette. Je veux bien retirer le mot inutile, et je le fais d'autant plus volontiers que le malade a guéri et a retiré un bénéfice de son opération. Je me bornerai à répéter que, suivant moi, cette opération d'épiplocèle enflammée n'était pas indiquée, parce que les accidents qui résultent de cette inflammation, guérissent habituellement tout seuls.

M. Desprès. Je reprends pour moi le mot inutile, abandonné par M. Gillette.

L'opération doit être faite lorsque l'on est dans le doute et que l'on soupçonne que la hernie épiploïque étranglée contient une portion d'intestin, mais elle ne doit jamais être faite lorsque l'on est certain qu'il s'agit d'une épiplocèle pure.

Je n'ai jamais perdu de malade atteint de ces épiploïtes; la seule complication possible, celle que j'ai observée, consiste dans la formation d'un abcès, très nettement circonscrit par des adhérences, qui s'ouvre — ou que l'on ouvre — comme tous les abcès.

Le précepte que je viens de formuler me paraît d'autant plus justifié, que les chirurgiens qui font de semblables opérations, n'ont pas même l'excuse de dire qu'ils ont amené la cure radicale de la hernie.

Je me rappelle, à ce sujet, un malade qui avait été opéré et guéri d'une épiplocèle à l'hôpital Saint-Antoine, qui vint dans mon service une année après, avec une hernie intestinale étranglée, qui s'était produite par l'ancien orifice herniaire.

M. Lucas-Championnière. Je ne m'explique pas qu'un chirurgien puisse protester ainsi d'une manière générale, systématique, contre toutes les opérations dirigées contre les épiplocèles. Il y a une foule de cas où ces opérations sont indiquées, et, lorsqu'on les pratique, on procure un grand soulagement aux malades.

Quant à prétendre que ces opérations, lorsqu'elles sont faites, n'amènent pas la guérison radicale de la hernie, c'est là une grave erreur. On ne compte plus les guérisons obtenues par ce procédé et qui ont pu être suivies pendant plusieurs années.

M. Després. Toutes les fois que, par la connaissance de l'évolution naturelle d'une maladie chirurgicale, vous savez qu'en l'abandonnant à elle-même elle se terminera heureusement, vous ne devez pas intervenir. Or, comme l'observation vous montre que, 999 fois sur 1,000, l'épiplocèle enflammée abandonnée à elle-même guérit, et qu'elle s'abcède une fois sans inconvénients, vous devez vous abstenir.

M. Gillette. Malgré les observations qui viennent de nous être présentées par M. Championnière, je n'accepte pas que l'on doive opérer une épiplocèle enflammée. J'accepte la ponction, l'incision, lorsque la tumeur s'enflamme et s'abcède, comme chez le malade de M. Després, mais c'est tout.

Pour ce qui est de la cure radicale de la hernie, je ne dis pas qu'elle ne doive jamais être tentée, mais cette opération est si grave, que l'on ne devra se décider à la pratiquer qu'après y avoir

mûrement réfléchi et après avoir pris en considération bien des circonstances inhérentes au malade et à la maladie.

M. Terrier. J'admire la sagacité de ceux de mes collègues, qui diagnostiquent ainsi à coup sûr une hernie épiploïque enflammée pure. Pour mon compte, je ne suis pas aussi fort qu'eux, et c'est pour cela que j'estime qu'on peut opérer un malade qui se présente à vous avec les symptômes d'une épiploïte. Cette opération, je l'ai faite plusieurs fois, et sans crainte, persuadé que je rendais service à la personne que j'opérais. En pareille circonstance, je tente toujours la cure radicale en réséquant le sac et en oblitérant son collet par des sutures.

Je ne saurais accepter l'axiome de M. Desprès lorsqu'il nous dit que l'on doit s'abstenir toutes les fois que les suites d'une maladie chirurgicale n'entraînent pas la mort. Cette conduite, qui nous porterait à abandonner à eux-mêmes tous les genu valgum, les pieds-bots, etc., qui s'offrent à nous, ne me paraît pas chirurgicale...

M. Desprès. Ce n'est pas cela que j'ai voulu dire ; j'ai parlé des hernies épiploïques.

M. Terrier. Ce n'est pas ainsi qu'il faut raisonner. Chaque cas particulier présente ses indications et ses contre-indications, et je crois qu'il n'est pas permis à un chirurgien de dire : A partir de tel moment, il faut toujours faire quelque chose ; à partir de tel autre, vous ne ferez rien.

Note sur l'innervation collatérale à propos d'une résection du nerf médian,

Par L.-G. Richelot.

Lorsqu'un tronc nerveux du membre supérieur a été sectionné, la zone musculaire et cutanée où se répandent ses filets perd à la fois, mais non toujours et d'une manière absolue, les mouvements et la sensibilité.

Il y a vingt ans, quelques observations curieuses de Paget, Nélaton et Laugier, firent croire un instant qu'avec la suture des nerfs on pouvait rétablir du jour au lendemain leur double fonction. Il n'en est rien, malheureusement, ni pour la sensibilité, ni pour les mouvements.

Pour la sensibilité : le fait observé en 1867 par M. Richet, qui, après une section du nerf médian au-dessus du poignet, trouva le bout périphérique sensible vingt-quatre heures après l'accident,

et avant toute tentative de réunion, plaça la question sur son véritable terrain, en montrant qu'il s'agissait là, non d'une *sensibilité de retour*, mais d'une *sensibilité conservée*. Ensuite vinrent les travaux d'Arloing et Tripier sur la sensibilité récurrente. J'ai contribué aussi, par des observations nouvelles et par une étude plus complète de la distribution des nerfs de la main, à établir les lois qui président à cette restauration des fonctions nerveuses [1]. Sans revenir sur tous les travaux qui ont vu le jour et que n'ignore pas la Société de chirurgie, rappelons seulement que la conservation ou le retour de la sensibilité cutanée se fait par des voies collatérales, les nerfs voisins fournissant des fibres qui s'unissent au nerf blessé, soit par anastomose directe au-dessous de la plaie, soit en traversant d'abord le plexus intra-dermique et suivant dans l'épaisseur du bout périphérique un trajet récurrent. Dans aucun fait il n'est permis d'invoquer la réunion immédiate de la plaie nerveuse, provoquée ou non par la suture, ni même une régénération plus ou moins tardive.

Pour les mouvements : les observations de Nélaton et de Laugier, comme nous le verrons plus loin, ne supportent pas l'analyse ; une page de Duchenne de Boulogne, où il est question de la régénération nerveuse et que je rappellerai en terminant, ne nous autorise pas à la considérer comme un résultat thérapeutique immédiat ou précoce sur lequel on puisse compter pour prévenir les atrophies musculaires et les déformations persistantes. Il faut renoncer jusqu'à nouvel ordre à cet immense progrès que la physiologie nous a fait entrevoir, mais qu'elle n'a su réaliser que chez les animaux, dans certaines conditions expérimentales. Et pour comble de malheur, rien jusqu'ici n'a pu nous faire supposer qu'il y ait, pour les muscles, une innervation collatérale.

Or, s'il est intéressant de constater, après les blessures des nerfs, le retour de la sensibilité par un mécanisme inattendu, nous devons convenir que ce phénomène est resté jusqu'ici à l'état de simple curiosité, et qu'il n'a pas rendu grand service aux malades. Demandez à un blessé qui, après la section du nerf cubital, assiste à la flexion progressive de ses doigts et voit s'établir fatalement l'irrémédiable griffe, si un atome de sensation sur la face dorsale ou palmaire l'intéresse peu ou prou. Ce qu'il vous demande, c'est la liberté de ses mouvements, c'est le rétablissement des fonctions musculaires.

Nous devons donc avouer que nous ne savons pas encore, au sens

[1] *Arch. de Physiol.*, 1875. — *Union méd.*, 15 et 18 août 1874, 25 septembre 1877, 1er mars 1879. — *France méd.* et *Bull. de la Soc. chimique*, 1881, p. 120.

propre du mot, guérir les plaies nerveuses (je parle, bien entendu, des sections complètes). Et ce qu'il faut chercher plus que jamais, c'est la solution du problème de la régénération chez l'homme.

En attendant que ce but éloigné soit atteint, il est bon de noter au passage tous les faits qui jettent quelque lumière sur les phénomènes consécutifs aux blessures des troncs nerveux. C'est à ce titre que la relation suivante, où sont étudiées les modifications des mouvements et de la sensibilité après une résection du nerf médian, m'a paru devoir intéresser la Société de chirurgie [1].

Jean-Baptiste B... est un homme de 26 ans, qui s'est fait, à l'âge de sept ans, une fracture compliquée de l'extrémité inférieure de l'humérus droit. Au moment de l'accident, le pouce et l'index ont été, au dire du malade, absolument paralysés. Des fistules s'établirent, qui pendant longtemps donnèrent passage à des esquilles, et la cicatrisation ne fut complète qu'au bout d'une année. Le malade guérit avec une ankylose du coude à angle droit, des muscles très amincis et des mouvements très imparfaits.

Il entre à la Pitié, le 30 décembre 1882 (service de M. Verneuil, salle Michon, numéro 25), pour de violentes douleurs au niveau de la cicatrice et dans les régions voisines. Voici l'état du membre :

Au-dessus du coude, immobilisé dans la flexion, est une cicatrice haute et large de plusieurs centimètres, et profondément déprimée. Le tendon du biceps fait une saillie verticale sur le bord externe de la dépression ; le bord interne est occupé par une tumeur sous-cutanée, dure, mobile sous la peau et sur les parties profondes, de forme olivaire et du volume d'une amande. A l'extrémité supérieure de cette petite masse, fait suite un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau et se perdant sur le bord interne du corps charnu bicipital. L'extrémité inférieure, au niveau même du pli du coude, semble adhérer aux parties profondes ; il est impossible de constater la présence d'un cordon nerveux se continuant avec elle. La pression exercée sur la tumeur cause de vives douleurs et éveille dans les doigts une sensation analogue à celle qui suit la compression du nerf cubital dans la gouttière olécrânienne.

D'après les réponses du malade, il semble que la *sensibilité*, disparue après l'accident sur les trois premiers doigts, ait commencé à reparaître au bout de deux ans, pour revenir peu à peu à ce qu'elle est aujourd'hui. Or, la sensibilité est nettement diminuée, au contact de l'épingle, sur la face palmaire du pouce, de

[1] Cette observation est rédigée d'après les notes qui m'ont été remises obligeamment par M. Verchère, interne des hôpitaux.

l'index et du médius, les parties voisines du creux de la main, la face dorsale des deux dernières phalanges de l'index et du médius. Sur les deux tiers environ du creux palmaire, sur la face dorsale de la première phalange de l'index et du médius, sur la face dorsale du pouce en totalité, sur les deux derniers doigts, y compris le bord externe de l'annulaire, elle est parfaitement normale. Dans toute la zone d'anesthésie relative, il y a thermo-analgésie incomplète, et surtout le retard de la perception est considérable. Sous l'influence du froid et des chocs légers, le malade éprouve une sensation d'engourdissement et de fourmillement dans les doigts paralysés, l'indicateur surtout. Mais ce qui domine la scène et l'amène à l'hôpital, c'est une douleur continue au niveau de la cicatrice, avec des recrudescences le soir ; à cette névralgie intense et difficilement tolérable, s'ajoutent quelques douleurs fulgurantes dans l'avant-bras et quelques irradiations vers l'épaule.

Les *muscles* antérieurs de l'avant-bras sont le siège d'une atrophie incomplète, mais très accentuée ; l'éminence thénar est aplatie ; la saillie du cubital antérieur est normale. Les trois premiers doigts, quand ils sont inactifs, restent légèrement fléchis ; leur force est diminuée au point qu'ils serrent à peine, mais tous leurs mouvements s'exécutent librement, sauf que la deuxième phalange du pouce est très peu mobile. La force du quatrième et du cinquième doigt semble mieux conservée. En résumé, les faisceaux musculaires soumis au nerf médian sont très affaiblis, mais aucun n'est absolument paralysé.

Notons encore l'aspect effilé des trois premiers doigts, surtout de l'index ; la lenteur avec laquelle poussent leurs ongles, principalement celui de l'index ; la faiblesse des battements de la radiale ; l'extrême sensibilité du système vaso-moteur. L'impression du froid rougit et congestionne toute la partie externe de la main ; celle-ci est relativement froide et comme cyanosée. Ainsi, la température locale est, à un moment donné, de 24 degrés du côté malade et de 28°,5 du côté sain.

M. Verneuil, pour mettre fin à la névralgie, se décide à extirper la tumeur du nerf médian qui siège au niveau de la cicatrice. L'opération est faite le 15 janvier 1883. Après l'anesthésie et l'application de la bande d'Esmarch, une incision est pratiquée suivant le grand axe de la tumeur, et celle-ci est mise à nu au milieu d'un tissu inodulaire peu résistant. L'extrémité supérieure, bifide, se continue par une de ses pointes avec le tronc du médian ; à l'autre pointe semble faire suite un cordon nerveux plus grêle, peut-être l'anastomose qui unit le médian au musculo-cutané. La dissection est assez facile, l'artère humérale n'est pas découverte.

La tumeur ne tenant plus que par son extrémité inférieure,

M. Verneuil donne un coup de ciseaux qui la sépare du bout périphérique du nerf médian. Au moment de la section, les doigts se fléchissent brusquement dans la paume de la main pour se redresser ensuite ; des mouvements analogues s'étaient d'ailleurs montrés plusieurs fois au cours de la dissection. Il est donc certain que la continuité des fibres nerveuses existait malgré la présence du néoplasme, et qu'elle a été rompue par l'acte chirurgical. — Pansement antiseptique ouvert.

Avant l'opération, M. Redard, chef de clinique, avait pris la température locale des deux mains, et trouvé 28 degrés pour le côté malade, 32 degrés pour le côté sain. Le soir, ce rapport est complètement changé : main malade, 34 degrés ; main saine, 30 degrés. Le lendemain matin, différence encore plus grande : main malade, 35 degrés ; main saine, 25 degrés.

Le soir du 15 janvier, l'examen de la sensibilité montre une anesthésie plus accentuée qu'avant l'opération, principalement sur la pulpe de l'index. Mais en aucun point la sensibilité n'a complètement disparu ; le malade accuse, dans les parties anesthésiées, des fourmillements presque douloureux. La peau n'offre plus la même teinte cyanique ; le passage de l'ongle sur la face dorsale de la main n'y laisse plus une raie blanche persistante, comme les jours précédents.

Mais ce qui frappe surtout l'observateur, c'est la conservation des mouvements des doigts. Il semble, au premier abord, que la résection de plusieurs centimètres du nerf médian n'ait amené aucun changement dans l'état des fonctions musculaires. La flexion des trois phalanges de chaque doigt paraît aussi facile, aussi rapide qu'avant l'opération. En réalité, voici ce que révèle un examen attentif, le 5 février :

Le malade fléchit tous les doigts quand on le lui demande ; mais il fait remarquer lui-même que, depuis l'opération, il a pris l'habitude d'entraîner, à l'aide d'une pression exercée par le médius, les deux dernières phalanges de l'index, de sorte que la flexion exécutée par le deuxième doigt n'est autre qu'un mouvement communiqué. Si on demande au malade de le fléchir isolément, la première phalange obéit seule, car la flexion de la première phalange est commandée par les muscles interosseux et le nerf cubital ; mais les deux dernières sont invariablement dans l'extension. De même, la mobilité de la première phalange du pouce est conservée, mais celle de la deuxième, déjà très faible avant l'opération, est aujourd'hui nulle. En résumé, les faisceaux qui fléchissent la deuxième et la troisième phalange sont absolument paralysés, pour les deux premiers doigts ; mais, d'autre part,

les trois derniers n'ont subi de l'opération aucune atteinte : médius, annulaire, auriculaire ont l'intégrité de leurs mouvements.

Deux mots suffisent pour terminer cette observation. Quelques douleurs, ne rappelant que de loin la névralgie ordinaire, ont inquiété le malade pendant deux ou trois semaines, pour disparaître enfin. Les pansements antiseptiques ont amené une prompte guérison de la plaie ; Jean-Baptiste B... a quitté l'hôpital vers la fin du mois de février.

La tumeur, examinée au Collège de France par M. Malassez est un fibrome pur. Sur une coupe transversale pratiquée au voisinage de l'extrémité supérieure, on voit les faisceaux nerveux dissociés par l'hyperplasie conjonctive ; sur une autre coupe faite au milieu de la masse, dans sa partie la plus épaisse, on trouve la même disposition des faisceaux, encore plus écartés les uns des autres. A un plus fort grossissement, les tubes nerveux sont dissociés par le tissu conjonctif au sein même des faisceaux ; en d'autres termes, le fibrome est à la fois inter et intra-fasciculaire. Etant données les circonstances étiologiques, on peut appeler la tumeur une kéloïde du nerf médian.

L'hyperplasie intra-fasciculaire donne à penser qu'un certain nombre de tubes nerveux sont dégénérés ; un examen ultérieur plus approfondi donnera la mesure de cette altération.

L'observation qui précède peut être ainsi résumée : le nerf médian, par la présence d'un fibrome sur un point de son trajet et par l'altération d'une certaine quantité de ses fibres, a perdu en grande partie son influence sur les téguments et les muscles qu'il innerve ; mais sa continuité n'est pas interrompue, ainsi que le prouvent et la persistance de tous les mouvements volontaires auxquels il préside, et aussi les détails de l'opération. Cela étant, la tumeur est extirpée et le tronc nerveux réséqué sur une étendue de plusieurs centimètres. Deux phénomènes apparaissent alors : la sensibilité, quoique diminuée après l'acte chirurgical, existe encore dans toute la zone où le nerf médian distribue ses filets ; d'autre part, certains mouvements sont abolis, mais on en voit persister plusieurs qui, dans l'opinion générale, sont commandés par le nerf médian.

Sur la persistance de la sensibilité, je n'ai rien à dire qui soit bien nouveau. La sensibilité affaiblie qui existait avant l'opération pouvait être due simplement aux fibres du médian restées saines ; c'est ainsi, du moins, qu'on l'aurait expliquée avant les travaux sur l'innervation collatérale. Mais ici nous avons dû supposer qu'elle venait en partie des nerfs voisins, et que, par suite, elle ne serait pas abolie par la résection du médian. En effet, non seulement il arrive, après la section d'un nerf, que la sensibilité, supprimée

d'abord d'une manière absolue, se rétablit progressivement par voie de suppléance, comme si les filets des nerfs voisins envahissaient peu à peu le territoire anesthésié ; mais on voit aussi cette suppléance nerveuse se préparer sourdement à côté d'un nerf qui s'atrophie, de telle façon que, le jour où ce dernier n'existe plus, l'innervation collatérale se trouve pour ainsi dire à la hauteur de la situation. C'est ce qu'a vu déjà M. Verneuil dans un cas où il fut amené à couper le nerf médian depuis longtemps atrophié, devenu presque filiforme, et où les téguments des doigts se trouvèrent le lendemain aussi sensibles que la veille (1). C'est ce que montre également notre observation, puisqu'au moment où le nerf depuis longtemps malade s'est trouvé définitivement supprimé, la sensibilité n'a disparu dans aucun point.

Aussi bien, les faits ne sont pas très rares, où la section d'un nerf, même inaltéré, laisse aux téguments, dès les premières heures après la blessure, une part de sensibilité. Je laisse de côté cet ordre de faits, et j'arrive à l'analyse des phénomènes musculaires.

L'opération a supprimé l'action propre des fléchisseurs sur les phalanges des deux premiers doigts; mais il est curieux qu'elle ait épargné les trois autres. S'il est vrai que le nerf cubital innerve le cubital antérieur et les deux faisceaux internes du fléchisseur profond, l'analyse la plus élémentaire suffit pour annoncer que la résection du nerf médian doit affaiblir les deux derniers doigts par la suppression du fléchisseur superficiel, et paralyser totalement les trois autres (il ne s'agit, bien entendu, que de la flexion des deux dernières phalanges, celle de la première étant sous la dépendance des interosseux et du nerf cubital). Or, chez notre malade, les deux derniers doigts n'étaient pas affaiblis, et le troisième lui-même n'était pas atteint.

Etait-ce là un phénomène de suppléance, d'innervation collatérale? Pouvions-nous admettre que, dans la détresse où le nerf médian vivait depuis plusieurs années, son voisin le nerf cubital s'était approprié une partie de son territoire, comme les nerfs cutanés semblent pénétrer peu à peu dans la zone anesthésiée pour y ramener le sentiment? Ce fait physiologique, parfaitement inexpliqué, mais indéniable pour les téguments, n'a pas encore été vu dans les muscles. Les observations de Nélaton et de Laugier citées plus haut, n'ont à ce point de vue qu'une relation apparente avec la nôtre : dans celle de Laugier, les mouvements des doigts étaient conservés après la plaie et la suture du médian, mais la section avait porté bien au-dessous du point d'émergence des filets

[1] Communication orale.

qui vont aux fléchisseurs; dans celle de Nélaton, blessure plus élevée, même suture, conservation relative des mouvements, mais on ne dit pas comment les doigts se fléchissent, quelles phalanges sont mobiles, en d'autres termes, on oublie l'action des interosseux innervés par le cubital. Ces deux faits ne prouvent rien pour l'innervation collatérale, comme ils ne prouvaient rien pour la réunion immédiate et pour la régénération.

Mais voici une recherche plus positive et qui nous donne la clef des phénomènes observés chez notre malade. M. Verchère, interne à la Pitié, entreprit de nouvelles dissections des nerfs et des muscles de l'avant-bras, et, de concert avec MM. Jalaguier et Brun, prosecteurs, parvint à mettre en lumière un fait anatomique entrevu par les vieux auteurs, et que nos traités actuels passent absolument sous silence. Il s'agit d'une anastomose qui, onze fois sur quinze, unissait le cubital au médian, à la partie supérieure de l'avant-bras. Elle émane du médian vers le point où naissent les rameaux qui vont aux muscles fléchisseurs, et se termine dans le nerf cubital, directement ou par l'intermédiaire d'un petit plexus, au point où naît le rameau des deux faisceaux internes du fléchisseur profond. Elle fournit des filets à la fois aux deux fléchisseurs communs. Elle paraît contenir des fibres sorties du médian pour se rendre au cubital, et réciproquement. Dans les cas où elle manque, il arrive parfois que le rameau destiné aux deux faisceaux internes du fléchisseur profond donne un filet qui se rend au fléchisseur sublime. De tous ces faits, consignés dans une note que M. Verchère a présentée à la Société anatomique et que l'*Union médicale* a reproduite le 6 février 1883, il résulte que le nerf médian et le nerf cubital innervent tous les deux, chez bon nombre de sujets, les deux fléchisseurs communs.

Désormais, la persistance de l'activité musculaire après la résection du médian, dans une partie de la zone attribuée à celui-ci, n'a plus rien d'étrange. Il est probable que déjà plusieurs faits de ce genre eussent été signalés, si l'analyse clinique eût toujours été attentive à la suite des plaies nerveuses. Et maintenant que ce phénomène de suppléance est établi, quelle peut être sa valeur?

La main de notre malade est moins paralysée, et sans doute restera plus utile qu'on ne devait s'y attendre. Malheureusement, l'anastomose qui est chez lui la cause probable de ce bon résultat, n'est pas constante. Elle peut exister chez quelques-uns, mais ne donner que des filets rudimentaires et n'être pas d'un grand secours. Enfin, la blessure peut siéger au-dessous d'elle, ce qui la rend fort inutile.

S'il en est ainsi, le phénomène de suppléance que je viens de signaler, et le fait anatomique nouveau démontré par M. Verchère,

ressemblent un peu trop à la sensibilité collatérale, c'est-à-dire à un simple curiosité clinique. Et j'en reviens à dire que c'est à la recherche de la régénération nerveuse qu'il faut consacrer nos efforts. On trouve dans l'*Electrisation localisée* (3e édition, p. 326) l'observation d'un ouvrier typographe, Albert Musset, où nous aurions mauvaise grâce à nier la section complète du nerf cubital; quatre ans après la blessure, l'atrophie et la griffe étant portées au dernier degré, Duchenne de Boulogne entreprit la faradisation, qui peu à peu améliora si bien l'état du blessé, qu'il fut employé comme expéditionnaire dans une administration, et quelques années plus tard sollicitait un emploi de sténographe à la Chambre. L'auteur pense, avec raison, que la continuité du nerf s'était rétablie à la longue, car l'excitation faradique n'aurait pu rendre la vie à des muscles séparés des centres nerveux. Dans un autre cas, résection de quatre centimètres et demie du nerf cubital par Huguier; la griffe, au bout de cinq ans, avait diminué spontanément, « au dire du malade»; Nélaton ayant amputé la main, la dissection et l'examen microscopique permirent de constater « la régénération de la portion réséquée et du bout périphérique du nerf cubital, qui ont été habilement préparés par l'un des internes, M. Benjamin Anger ». Voilà, certes, une analyse bien écourtée et sujette à caution. Enfin, chez une autre malade, section du médian et paralysie atrophique; trois mois après la blessure, insuccès de la faradisation; trois ans plus tard, en quelques séances, « apparition d'un peu de sensibilité et développemeut très lent de la motilité et de la nutrition des muscles ». A ces faits trop rares est annexée une discussion où les phénomènes musculaires et les phénomènes de sensibilité sont mêlés dans un chaos d'où il était impossible de sortir à cette époque, discussion où les faits de Nélaton, Laugier, Richet sont interprétés à l'aventure, discussion qui aujourd'hui a forcément perdu toute valeur. Duchenne affirme, à la vérité, qu'il a « vu guérir à la longue plusieurs paralysies atrophiques, consécutives à la destruction des nerfs dans une étendue plus ou moins grande ». Quelques relations authentiques feraient mieux notre affaire; en leur absence, nous avons le droit de supposer qu'il a vu seulement les trois cas indiqués plus haut, et cette pénurie d'observations probantes nous amène à conclure, encore une fois, dans les termes suivants :

Puisque l'innervation collatérale est impuissante à nous donner des résultats cliniques sérieux, c'est au problème de la régénération qu'il faut nous attacher. Or, jusqu'ici, on l'a vue, chez quelques sujets, à titre exceptionnel, plusieurs années après la blessure et l'achèvement des atrophies; résultat précaire, et sur lequel on ne peut jamais compter. Le progrès désirable, c'est la *régénération*

précoce, capable de prévenir les déformations et les griffes, en un mot, dans des conditions analogues à celles qu'on a depuis longtemps réalisées chez les animaux. Et ce but si enviable, aucune loi physiologique, aucune invraisemblance clinique ne s'oppose à ce qu'on l'atteigne un jour ou l'autre. Quand vous baignez une poule dans l'eau froide, quand vous chauffez une grenouille pour leur inoculer des microbes, il y a un si profond abîme entre ces expériences et les maladies humaines, que l'esprit se refuse d'abord à faire une pareille enjambée. Ces batraciens surchauffés, ces gallinacés refroidis ressemblent si peu à nos septicémiques, que nous avons bien le droit, sans passer pour exigeants, de demander qu'on résolve d'abord quelques difficultés intermédiaires. Au contraire, dans le problème de la régénération nerveuse, il n'y a pas de conditions expérimentales qui diffèrent essentiellement des conditions cliniques. Le tissu nerveux est le même chez les animaux et chez l'homme, la plaie suppure ou se réunit d'après des lois analogues; s'il faut, pour réussir, des animaux jeunes, il y a des plaies nerveuses à tout âge, et ce serait déjà beaucoup de réussir chez les adolescents. Efforçons-nous donc d'imiter la physiologie expérimentale, et un jour viendra où nous saurons guérir les plaies nerveuses.

Discussion.

M. Verneuil. L'histoire des lésions nerveuses et du rétablissement de leur fonction est encore pleine d'obscurité.

Il est cependant certaines particularités de cette question qui me paraissent aujourd'hui fixées, et de ce nombre est la suivante :

L'intégrité de la sensibilité dans la zone de distribution d'un nerf sensitif n'implique pas forcément l'intégrité de ce nerf.

Lorsque vous devez faire une opération dans une région traversée par un nerf, vous explorez la sensibilité de la partie terminale de ce nerf, et si cette sensibilité est intacte, vous en concluez que le nerf est sain. En raisonnant ainsi, vous vous exposez à commettre une grosse erreur.

Voici quelques faits qui semblent prouver la réalité de cette proposition :

Il y a quatre ou cinq ans, j'eus l'occasion d'observer une jeune fille qui, dans sa jeunesse, avait eu une fracture de l'avant-bras, traitée par l'apposition d'attelles trop serrées; il en était résulté une eschare considérable de la partie antérieure de l'avant-bras, une cicatrice profonde, adhérente, suivie de la flexion des doigts en forme de griffe. Cette flexion était telle, que les ongles entraient

dans les chairs de la paume de la main et causaient à cette malheureuse des souffrances intolérables.

Je pensai que la cause de cette rétraction excessive provenait de ce que les muscles fléchisseurs avaient été compris dans la cicatrice et s'étaient rétractés avec elle; la seule manière, par conséquent, de débarrasser cette malade de ses douleurs, était de disséquer la cicatrice, et de libérer ou de couper ses fléchisseurs. J'étais d'autant plus disposé à accepter cette interprétation et à rejeter l'hypothèse d'une lésion nerveuse, que l'exploration minutieuse de la sensibilité de la main ne m'avait pas permis d'y découvrir la moindre altération.

La dissection de la cicatrice fut donc faite; mais, contrairement à ma première opinion, je constatai qu'elle englobait le nerf médian, atrophié et devenu presque filiforme, et ce dernier fut coupé, ainsi d'ailleurs que cela nous fut confirmé ultérieurement par l'examen microscopique.

J'avoue qu'après cette opération je demeurai fort anxieux. J'avais bien remédié aux inconvénients de la griffe, mais je pensai avoir déterminé la paralysie complète des muscles innervés par le médian, en même temps que la sensibilité devait être abolie dans le territoire innervé par lui. Or, je fus agréablement surpris de voir, après le réveil de la malade, que la sensibilité de la main était toujours la même.

Je me rappelai que lorsqu'on avait parlé du rétablissement immédiat de la sensibilité à la suite d'une suture nerveuse, l'opération avait toujours été pratiquée pour une lésion ancienne; et je fis ce raisonnement que les lésions qui atteignent graduellement un nerf permettent à la suppléance nerveuse de s'établir par degrés. Un chirurgien éminent, M. Richet, attache une grande importance à l'exploration de la sensibilité dans la région mentonnière, pour en conclure à l'intégrité ou à la destruction du nerf dentaire inférieur, lorsque l'os maxillaire a été envahi par une tumeur. Eh bien! ce signe, en apparence si rationnel, est infidèle, car il existe des observations d'extirpation d'une moitié du maxillaire inférieur avec conservation de la sensibilité au côté correspondant du menton.

M. Polaillon. J'ai demandé la parole pour faire connaître une observation dans laquelle j'ai cherché à résoudre le problème posé par M. Richelot, à savoir la régénération nerveuse, et par suite le rétablissement des fonctions musculaires abolies par la section du nerf afférent aux muscles paralysés. Il s'agissait du nerf radial, dont la section accidentelle avait paralysé les muscles extenseurs des doigts et de la main. J'avais pensé qu'en suturant les deux bouts du

radial, bien que je ne fusse appelé à intervenir que plusieurs semaines après l'accident, j'obtiendrais une cicatrice nerveuse, et, comme conséquence, le rétablissement de la continuité du nerf, et peut-être aussi le retour des contractions musculaires. Or, je n'ai rien obtenu : les muscles sont restés paralysés comme avant la suture nerveuse. Voici l'observation, d'après les détails recueillis par M. Sapelier, interne de mon service.

OBSERVATION.

Section du nerf radial par un éclat de verre; paralysie immédiate des extenteurs; suture du nerf plus de deux mois après l'accident; retour presque complet de la sensibilité; persistance de la paralysie musculaire.

M... Élise, âgée de 31 ans, tombe, le 8 novembre 1882, contre un carreau de vitre qui se brise. Un des éclats du verre lui fait une plaie à la partie postérieure et externe du bras gauche, à 10 centimètres environ au-dessus du coude. Elle constate immédiatement que la main se fléchit sur la face antérieure de l'avant-bras et qu'elle ne peut la relever. Mais, comme la plaie ne mesure guère que 2 centimètres d'étendue et comme elle saigne peu, elle va se faire panser chez un pharmacien. Les jours suivants, elle ne peut se servir de sa main, qu'elle porte en écharpe.

Le 14 novembre, Elise M... entre dans mon service de la Pitié. La plaie du bras est presque complètement cicatrisée. L'avant-bras est fléchi à angle obtus sur le bras et immobilisé dans cette position. On ne peut chercher à l'étendre ou à le fléchir sans produire de très grandes douleurs. La douleur existe surtout à la partie antérieure du coude, où l'on voit une tuméfaction notable. Les muscles extérieurs de la main sont paralysés. Anesthésie de la peau sur le bord radial de l'avant-bras, sur la face dorsale du pouce et sur la moitié externe du dos de la main.

Le 22 novembre, je crois sentir sur le bord interne de l'avant-bras, à deux travers de doigt au-dessous du pli du coude, une saillie profonde, dure, qui est probablement produite par un éclat de verre introduit dans les tissus lors de l'accident.

Le 23 novembre. Chloroformisation. Incision sur le bord interne de l'avant-bras. Extraction d'un morceau de verre pointu, de forme triangulaire, long de 9 centimètres et large à sa base de 3 centimètres et demi. Extraction consécutive de cinq autres petits éclats de verre longs de 1 centimètre environ.

Ce long morceau de verre en pénétrant dans le bras de dehors

en dedans et de haut en bas avait certainement coupé le nerf radial dont nous observions la paralysie. Je noterai, en outre, qu'il avait glissé au-dessous de l'expansion aponévrotique du biceps en rasant l'artère humérale qu'il n'avait pas blessée. Sa présence au-devant de l'articulation du coude explique, d'une part, l'attitude demi-fléchie du membre, et, d'autre part, l'impossibilité de fléchir et d'étendre l'avant-bras.

Au bout de huit jours, la plaie opératoire s'étant réunie par première intention, la malade voulut sortir. Elle pliait l'articulation du coude comme à l'état sain. Mais la paralysie musculaire persistait. Comme elle n'existait que depuis 23 jours, on pouvait encore espérer une régénération du nerf et un rétablissement de ses fonctions.

Le 26 *décembre*, Elise M... rentra dans le service. Sa paralysie radiale ne s'était pas modifiée. En outre, l'anesthésie occupait le bord externe de l'avant-bras sur une largeur de 3 centimètres et une zone à contours irréguliers de la face dorsale du pouce et de la moitié externe de la main.

Dans les jours suivants, le retour de la sensibilité ne fit aucun progrès et la paralysie des extenseurs restait complète. Les muscles ne répondaient pas sensiblement aux excitations d'un courant électrique.

Il me parut évident que les deux bouts du nerf radial s'étaient cicatrisés isolément, que la paralysie était dès lors irrémédiable et que la seule chance d'améliorer l'état de la malade consistait dans le rétablissement de la continuité du nerf. Je lui proposai donc de faire une opération pour aller chercher les bouts du radial et pour les suturer l'un à l'autre. Si la soudure nerveuse réussissait, on pouvait avoir l'espérance de voir revenir la sensibilité et peut-être les mouvements. Ma proposition fut acceptée.

Le 13 *janvier* 1883. — Chloroformisation. Application de la bande d'Esmarch. Incision oblique, longue de 10 centimètres environ, partant de la cicatrice du bord externe du bras, et se dirigeant en bas et en dedans suivant le trajet du radial. Le bord du long supinateur est reconnu et rejeté en dehors. Après une dissection minutieuse, je découvre le bout supérieur du radial, qui est renflé en massue et plonge dans un tissu cicatriciel dur, criant sous le bistouri et renfermant deux petits éclats de verre. La découverte du bout inférieur présenta quelques difficultés. Les deux bouts étaient distants l'un de l'autre d'environ 4 centimètres. Après les avoir isolés sur une longueur suffisante, pour les rapprocher, j'avivai leurs extrémités en coupant tous les tissus indurés; puis je les suturai l'un à l'autre avec deux fils de catgut fin.

La bande d'Esmarch ayant été enlevée, il n'y eut pas d'hémorrhagie notable. Réunion de la plaie avec trois sutures métalliques profondes et quatre sutures superficielles. Drain. Pansement de Lister. Immobilisation des membres dans une attelle plâtrée, qui maintenait l'avant-bras fléchi à angle droit sur le bras.

14 *janvier.* — La malade a ressenti dans la main quelques légers fourmillements.

15 *janvier.* — Premier pansement. Ablation d'un point de la suture profonde et d'un point de la suture superficielle. Les fourmillements de la main continuent. De temps en temps, il se produit des élancements partant de la plaie et se dirigeant vers la main.

17 *janvier.* — Élancements dans le pouce.

18 *janvier.* — Deuxième pansement. Ablation du drain et de deux fils de la suture.

20 *janvier.* — Troisième pansement. Ablation de tous les autres fils. La réunion est complète. Suppression de l'attelle plâtrée. L'avant-bras est soutenu par une écharpe.

25 *janvier.* — Sensation de cuisson et hypéresthésie au niveau du deuxième métacarpien.

27 *janvier.* — Les mouvements d'extension de la main et des doigts *restent abolis.* Par contre, les zones d'insensibilité cutanée ont beaucoup diminué d'étendue et d'intensité.

Première séance d'électrisation faradique, qui n'occasionne ni douleur ni contraction musculaire.

L'électrisation est continuée tous les deux jours pendant deux mois. Nous n'obtenons aucune modification de la paralysie des extenseurs, qui reste complète.

Depuis la fin de mars la malade a renoncé à se faire électriser, et n'est plus revenue à l'hôpital. Je l'ai fait rechercher, et j'ai appris qu'ayant de la peine à vivre à Paris avec son infirmité, elle était retournée en Belgique, son pays natal.

On peut admettre, sans se tromper, que la suture du radial a été suivie du rétablissement de la continuité de ce nerf. J'avais affaire, en effet, à un sujet jeune et bien portant, le rapprochement des deux tronçons nerveux était exact, le membre était maintenu immobile dans une position qui relâchait le nerf et ne permettait pas l'écartement des bouts suturés, la réunion de la plaie s'est faite sans suppuration. Il est difficile d'avoir plus de gages pour une réunion immédiate. Le bout central du radial s'est donc réuni au bout périphérique par une cicatrice nerveuse, comme on l'observe dans les expériences sur les animaux, et la continuité du nerf a été rétablie. Cependant les fonctions ne sont revenues que pour la sensibilité ; les muscles extenseurs sont restés paralysés.

Lorsque la suture fut faite, plus de deux mois après la section du radial, le bord externe de l'avant-bras, sur une largeur de 3 centimètres, et une large zone de la face dorsale du pouce et de la moitié externe de la main étaient anesthésiés. Le retour de la sensibilité récurrente ne semblait plus faire de progrès. Or, dès les premiers jours après l'opération, on observa des fourmillements et des élancements dans la main et dans le pouce. Au bout de quinze jours, la sensibilité était à peu près complètement revenue dans toutes les parties insensibles. J'admets sans difficulté que la suppléance des nerfs sensitifs voisins a une grande part dans ce phénomène. Mais le rétablissement de la continuité du radial n'y est-elle pas aussi pour quelque chose?

Quant à la paralysie des muscles extenseurs, elle n'a été en rien modifiée. Malgré un traitement par l'électricité continué pendant deux mois, nous n'avons rien gagné. La paralysie paraissait irrémédiable. Cependant les faits, cités par M. Richelot, dans lesquels la paralysie musculaire s'est atténuée au bout d'une ou plusieurs années, donnent quelque espoir. Je chercherai à retrouver mon opérée pour savoir si les fonctions des muscles extenseurs sont revenues avec le temps. Mais, jusqu'à nouvel ordre, je constate que le rétablissement de la continuité d'un nerf, et vraisemblablement sa régénération, n'a rien produit sur les muscles que sa section avait paralysés.

M. Chauvel. M. Richelot ne nous a parlé que de suppléance des nerfs, cependant il a fait allusion à certaines anomalies de distribution. Il me semble qu'il y aurait alors une distinction à établir, et qu'il faudrait tenir compte des cas où la sensibilité serait conservée dans certaines parties, parce qu'elles sont innervées par des branches anormales.

M. Richelot. A l'appui de ce que vient de dire M. Verneuil sur la sensibilité de la région mentonnière, je rappellerai l'observation d'une malade de son service qui fut opérée pour une tumeur à myeloplaxes du maxillaire inférieur. Après la résection de la moitié droite de cet os, la sensibilité se rétablit graduellement de la périphérie au centre de la région paralysée; c'est là un phénomène curieux de sensibilité collatérale.

Je répondrai à M. Polaillon que, s'il est logique de chercher la régénération du cordon nerveux par la suture, il est certain que, chez l'homme, une tentative de ce genre n'a jamais réussi. Quelles sont les conditions qui pourraient nous donner le succès? Je n'en sais rien. J'ai eu à traiter un homme qui dans une plaie assez complexe de l'avant-bras avait eu le nerf cubital tranché, les deux

bouts étaient à 3 centimètres l'un de l'autre, je les ai laissés à leur distance ; la réunion de la plaie s'est faite par première intention ; le nerf a été vite entouré par les tissus environnants. Malgré les meilleures conditions, la paralysie s'est maintenue, la griffe spéciale s'est accentuée.

Pourquoi cet insuccès ? Que faudrait-il faire pour réussir ? Je l'ignore. Mais je crois qu'il faut chercher la régénération en dehors de la suture des nerfs.

M. Polaillon. Je ne comprends pas bien ce que M. Richelot veut dire par chercher la régénération des nerfs en dehors de la suture. Il est admis que lorsque des nerfs ont été coupés, les fonctions se rétablissent après la cicatrisation lorsque les bouts ne sont pas trop écartés. C'est là un résultat de la régénération des tubes nerveux. Dans le cas cité par moi, et qu'on peut considérer comme une expérience faite, chez l'homme, j'ai constaté nettement que le bout inférieur du nerf était régénéré, il ne présentait pas l'apparence d'une atrophie, même légère ; j'ai donc avivé les deux bouts, je les ai affrontés, et je suis convaincu d'en avoir obtenu l'union, dans de bonnes conditions. Cependant les fonctions ne se sont pas rétablies, la paralysie a persisté. Qu'aurais-je pu imaginer de plus rationnel ; où chercher ailleurs des conditions de régénération des nerfs ? J'avoue ne pas comprendre.

M. Verneuil. Il y a deux questions bien distinctes : d'une part la régénération du tissu nerveux ; d'autre part, le rétablissement de l'innervation ; c'est cette dernière question qui préoccupe le praticien ; ce qu'on nous demande à nous, chirurgiens, c'est de rétablir la fonction. Or, la restauration anatomique n'implique pas la restauration fonctionnelle, je le répète. Il suffit de parcourir l'histoire des résections nerveuses pour névralgies, on voit que la sensibilité n'est pas supprimée dans des régions qui reçoivent leur innervation de troncs nerveux, où évidemment l'influence nerveuse ne passe plus. — D'autre part, lorsque les deux bouts de nerfs se réunissent par la cicatrisation, il faudrait admettre une sélection bien remarquable si l'on croyait que les tubes nerveux d'un bout retrouvent leur continuité avec le tube correspondant du bout opposé ; et en effet, il n'y a pas dans la science une seule observation authentique, démontrant que chez l'homme, l'influence nerveuse peut passer au travers d'une cicatrice nerveuse complète. Enfin, pourquoi le retour de la sensibilité sans rétablissement des fonctions motrices ? Il n'y a absolument que l'établissement d'une suppléance par voie collatérale, qui puisse donner une explication de ces faits, autrement inexplicables. Là où cette voie collatérale

n'existe pas, il n'y a pas de rétablissement possible. Ainsi il est une région unique dans l'économie, où l'innervation ne dépend que d'un seul nerf, c'est le petit doigt. Lorsque sa seule source nerveuse, le nerf cubital, est coupée à l'endroit voulu, la paralysie du petit doigt est absolue, définitive et incurable. Je suis porté à croire que c'est toujours par voie collatérale que se rétablit l'influence nerveuse.

M. Polaillon. J'admets parfaitement qu'il faille rechercher le rétablissement de la fonction bien plus que la régénération du nerf; seulement, comme ce rétablissement de la fonction s'obtient chez les jeunes animaux à la suite de la suture des deux bouts du nerf, j'ai pensé que l'on pouvait espérer obtenir un résultat analogue chez l'homme, et c'est pour cela que j'ai fait l'opération dont je viens de parler.

Il est bon, du reste, de savoir que l'intégrité du tronc nerveux n'est peut-être pas tout dans le rétablissement des fonctions ; il ne faut pas oublier qu'entre le nerf et le muscle se trouve interposée une plaque motrice, que son atrophie après la section du nerf. n'est pas impossible, et que c'est peut-être elle qui est incapable de se régénérer.

Quoi qu'il en soit de ces diverses considérations, il ne faut pas oublier qu'au point de vue chirurgical, on ne doit pas rejeter la suture, ou tout au moins le rapprochement des deux bouts du nerf coupé, de façon à faciliter leur cicatrisation.

M. Richelot. Je ne dis pas que la suture ou le rapprochement des deux bouts soient condamnables, je me borne à affirmer que cette suture est incapable, chez l'homme, d'amener la régénération d'un nerf.

Sans doute, M. Polaillon a obtenu la continuité anatomique du nerf au moyen d'une cicatrice, mais son observation même démontre que l'influx nerveux est incapable de traverser cette cicatrice ; par conséquent, au point de vue de l'intervention chirurgicale, il faut chercher ailleurs un moyen propre à obtenir, non seulement la cicatrisation, mais la régénération nerveuse.

M. Lannelongue. J'ai fait une opération analogue à celle rapportée par M. Polaillon sur un malade de vingt et un ans ; il s'agissait du nerf radial, englobé dans un cal osseux, et que je dus réséquer. La réunion des deux bouts du nerf fut parfaite, mais le rétablissement des fonctions était nul, même au bout de six mois.

Une autre fois, j'ai réséqué 8 centimètres de cubital pour un

myxome. Le résultat immédiat fut la formation d'une griffe très gênante, mais au bout de trois ans, je pus constater le rétablissement de quelques mouvements dans les muscles paralysés.

Dans une autre circonstance, je réséquai le dentaire inférieur pour une névralgie rebelle. La guérison se maintint pendant une année, mais au bout de ce temps, une récidive s'étant produite, je renouvelai mon opération. Quel ne fut pas mon étonnement de trouver, au niveau du trou mentonnier, une tumeur ayant tous les caractères du névrome plexiforme !

Ces névromes plexiformes se rencontrent communément à l'extrémité des moignons d'amputés; les cordons nerveux de nouvelle formation s'y montrent en abondance, et sous tous les aspects : augmentation de volume, renflements nerveux, etc.

L'étude de la régénération nerveuse conserve encore, il faut le reconnaître, bien des inconnues, bien des bizarreries. Parmi ces bizarreries, permettez-moi de vous signaler la suivante, sur laquelle je reviendrai un jour.

Lorsqu'on interroge avec soin un vieil amputé, on constate souvent sur son moignon certains points déterminés dont l'excitation est rapportée à une portion de membre absente. Touchez-vous la partie externe de la cuisse, par exemple, le blessé vous répond que vous lui touchez le pied ; un peu plus haut, c'est le mollet, le genou, etc.

M. Robert lit une note sur le résultat d'une amputation sous-périostée.

Cette note est renvoyée à l'examen de M. Nicaise.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 30 mai 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de l'Académie de médecine ;*

2° M. le docteur H. Courserant adresse une brochure intitulée :

Des différentes et importantes modifications opératoires apportées par le docteur Courserant, père, dans l'opération de la cataracte par extraction;

3° M. Verneuil présente, de la part de M. le docteur Brongniart, une brochure intitulée : *Action de l'eau de Contrexéville chez les calculeux, étudiée au point de vue du diagnostic de la pierre et du résultat ultérieur des opérations;*

4° M. Faucon, membre correspondant, adresse un travail intitulé : *De la gastrotomie dans les cas de rétrécissements cancéreux de l'œsophage* (Lecture en sera donnée dans une prochaine séance);

5° M. Baudon, de Nice, membre correspondant, adresse une observation avec photographies de sclérose hypertrophique de la peau (Lecture en sera donnée dans une prochaine séance);

6° M. Pozzi offre une brochure intitulée : *Suture de la vessie;*

7° M. Dubourg, chirurgien adjoint de l'hôpital des Enfants, à Bordeaux, adresse un travail intitulé : *Quelques observations pour servir à l'histoire de l'ostéotomie, appliquée au redressement des membres.* (Commission : MM. Lannelongue, Després et Palaillon, rapporteur.)

A propos du procès-verbal

Note sur l'innervation collatérale motrice.

M. Richelot. Depuis la dernière séance, M. le docteur Onimus a bien voulu me communiquer certains faits observés par lui, et qui, dans son opinion, démontrent qu'au membre supérieur, l'innervation collatérale existe entre les nerfs moteurs aussi bien qu'entre les nerfs sensitifs.

M. Onimus a eu quatre fois l'occasion d'observer la paralysie atrophique de *quelques* muscles de l'avant-bras et de *tous* les muscles de la main, à la suite d'une blessure *limitée nettement au nerf cubital* au-dessus du poignet. Logiquement, l'atrophie n'aurait dû survenir que dans les muscles innervés directement par le nerf cubital c'est-à-dire l'éminence hypothénar, les deux derniers lombricaux, et les interosseux y compris l'adducteur du pouce. Et cependant, tous les muscles de l'éminence thénar ont subi un certain degré d'atrophie, avec diminution de la contractilité électro-musculaire. L'altération, il est vrai, n'a pas été très considérable; néanmoins elle suffit, d'après M. Onimus, pour démontrer que un certain nombre de fibres nerveuses du cubital contribuent,

par les anastomoses du cubital et du médian au niveau de la région palmaire, à l'innervation de l'éminence thénar.

Une objection peut être faite à cette manière de voir. Pour expliquer, à la suite d'une plaie du nerf cubital, l'atrophie partielle des muscles placés sous la dépendance du médian, il n'est pas nécessaire d'invoquer les anastomoses entre ces deux troncs nerveux au-dessous de la blessure et la propagation de la névrite traumatique à travers ces anastomoses. On peut aussi bien supposer une atrophie réflexe. Nous connaissons bien les faits de cet ordre, qui ont été étudiés notamment par M. Hayem dans son travail sur les *Atrophies musculaires*. J'en ai vu, pour ma part, plusieurs exemples; j'ai vu, à la suite d'une section complète du cubital au-dessus du poignet, la masse musculaire épitrochléenne s'atrophier rapidement en même temps que la griffe cubitale se produisait, et cela sans qu'on pût invoquer la moindre lésion du nerf médian. Pourquoi, chez les blessés de M. Onimus, qui avaient, dans les mêmes conditions, une atrophie légère des fléchisseurs de l'avant-bras et des muscles de l'éminence thénar, la même action réflexe pathologique ne serait-elle pas admise? M. Onimus répond à cela que la paralysie atrophique des muscles de la main, chez ses malades, était plus prononcée que celle des fléchisseurs; la lésion peu étendue de ces derniers pourrait s'expliquer par le siège de la plaie au niveau de leurs tendons, voisinage dont la fibre musculaire a pu souffrir. Je ne sais trop si cette explication est la meilleure; j'incline fortement pour l'atrophie réflexe.

M. Onimus remarque avec juste raison que, pour la sensibilité, l'innervation collatérale est toujours un avantage, tandis que, pour la motilité, elle peut être un inconvénient sérieux, si elle devient, ainsi qu'il le pense, la cause d'une atrophie musculaire plus étendue que le siège de la blessure ne l'avait fait prévoir. Il faut cependant savoir, au point de vue du pronostic, que, d'après les faits observés par M. Onimus, on peut toujours espérer qu'on rétablira la fonction des muscles qui ont subi cette *altération collatérale*. Il assure même qu'on peut guérir, mais au bout d'un temps bien plus long, *quelques-uns* des muscles innervés directement par le nerf blessé, et cela probablement à cause des anastomoses que leur envoient les troncs nerveux restés indemnes.

Communication.

M. Duplouy, de Rochefort (membre correspondant). Je désire soumettre à la Société l'observation d'un vice de conformation fort

rare! Il s'agit d'une *soudure complète de la langue avec le plancher de la bouche*, en un mot d'une ankylose totale qui n'a guère été signalée que par Lernin (de Narbonne) et par Bouisson (*Dict. encyclopédique*, art. langue). Les membres de la Société ont-ils rencontré quelque chose d'analogue? Une opération doit-elle être tentée et comment doit-elle être conduite? Telles sont les questions dont je me permets de leur demander la solution.

L'enfant Bascle, Marie, âgée de deux mois et demi, née à Nieulle-Virouil (Charente-Inférieure), a été conduite à ma clinique il y a environ un mois ; son père et sa mère n'offrent aucun vice de conformation ; mais sa grand'mère avait une ectromélie de la main droite que nous retrouvions aussi chez l'enfant ; elle avait également un embarras de la parole sans qu'on ait pu me dire si cette gêne tenait à un vice de conformation.

L'enfant, d'aspect chétif, présente une disproportion très notable entre la mâchoire supérieure et l'inférieure ; tandis que les lèvres et les maxillaires supérieurs sont bien conformés, tous les éléments qui constituent la mâchoire inférieure ont subi un arrêt de développement. La portion du maxillaire qui répond aux incisives est moins élevée que sur les côtés, les parties molles de la région sus-hyoïdienne sont moins épaisses que chez les enfants du même âge, et la langue, adhérente par toute sa face profonde au plancher de la bouche, est considérablement amincie vers sa pointe ; elle se continue en avant, sans transition, avec la muqueuse gingivale qui revêt la portion incisive de l'os et se confond avec elle à tel point qu'il n'existe aucun sillon appréciable de séparation ; en dehors de ce point et en arrière, on voit très nettement un sillon assez profond bordé par les reliefs latéraux de la langue ; le doigt promené sur ce qui doit être la langue permet de constater un amincissement notable dans le tiers antérieur de l'organe, qui là, est réduit à une simple membrane, tandis qu'en arrière, il a conservé une épaisseur qui serait suffisante pour assurer ses fonctions s'il était libéré de ses attaches. On sent, en outre, qu'il se contracte et que les reliefs latéraux se tendent pendant les efforts de déglutition d'où on peut conclure que les deux tiers postérieurs de la langue ont une texture musculaire, mais il est fort difficile de savoir exactement si, vers le milieu de l'organe, la coalescence avec le plancher de la bouche est absolue ; dans les efforts de succion, toute la région sus-hyoïdienne paraît se soulever en masse et la succion est du reste impossible ; l'enfant ne peut être nourri qu'à la cuiller ; encore son alimentation est-elle singulièrement entravée par la suffocation qui se produit pendant la déglutition, phénomène signalé dans les quelques faits observés jusqu'ici. . . . .

. . . .

Quant à l'ectromélie de la main droite qu'elle a reçue de sa grand'mère, elle consiste dans l'atrophie du pouce, dans l'absence de deux phalanges de l'index, l'absence du médius et la réduction de l'annulaire à deux phalanges ; le petit doigt seul est complet. Ces lésions n'ont, du reste, qu'une importance fort secondaire, l'enfant se nourrit très mal et son état de chétiverie n'est pas encourageant au point de vue d'une tentative opératoire ; un grand nombre de médecins de l'arrondissement de Jonzac ont même déconseillé toute intervention.

Pour moi, qui ne juge pas la cause sans appel, je l'ai remise à deux mois, non que j'espère une modification favorable dans l'état général, mais bien plutôt pour faire appel à vos souvenirs et m'éclairer de vos conseils.

Je me propose d'employer le thermo-cautère en le maniant à petits coups, m'arrêtant souvent pour décoller avec la spatule ou le doigt, tout ce qui pourra être séparable et de poursuivre ainsi jusqu'à libération complète en jetant sur les vaisseaux ouverts des pinces hémostatiques, dussé-je les laisser à demeure. J'avais d'abord songé à séparer en plusieurs temps la langue du plancher de la bouche par des ligatures partielles et successives, portées à l'aide d'aiguilles courbes, mais je ne ferais, ce me semble, rien de précis de cette manière et je me suis dit que si Lernin (de Narbonne) a pu réussir, sans trop d'hémorrhagies, avec un bistouri et des ciseaux, je pouvais bien imiter son exemple, alors que nous disposions de moyens plus parfaits.

J'attends, du reste, pour agir, l'avis de mes savants collègues.

Discussion.

M. Championnière. J'ai observé un enfant qui présentait une difformité analogue à celle que signale M. Duplouy. Il n'y avait pas de sillon entre le maxillaire et la langue, et cette dernière ne pouvait se dégager. Comme je ne voulais pas faire d'opération radicale, je me suis borné à dégager la pointe de l'organe avec quelques coups de ciseaux. Il en est résulté un petit moignon de langue, qui a suffi pour permettre à cet enfant de téter. Je ne l'ai plus revu depuis.

J'ai considéré ce fait comme une exagération de la disposition si fréquente, connue sous le nom de brièveté du filet, et je l'ai traité comme tel. Je n'ignore pas que mon opération était incomplète, mais j'ai pensé qu'elle était suffisante pour le moment, puisqu'elle remédiait au trouble fonctionnel, et qu'il serait toujours temps de la compléter ultérieurement.

M. VERNEUIL. Il faudrait voir le malade pour se faire une opinion exacte sur la conduite à tenir, aussi me bornerai-je à indiquer quelques règles générales qui me paraissent applicables au cas particulier.

Il est vraisemblable qu'une opération simple a été reconnue insuffisante par notre collègue, et que son malade, par conséquent, ne ressemble pas à celui de M. Championnière. Me plaçant dès lors à ce point de vue, je dirai que si on se contentait de décoller la langue du plancher buccal, au bout d'un mois, à peine, les choses se replaceraient dans l'état où elles se trouvent en ce moment. Il suffit, pour vous en convaincre, de vous rappeler la marche habituelle de la cicatrisation dans les plaies angulaires.

Pour éviter cette récidive, il est absolument nécessaire de recouvrir d'une muqueuse la face inférieure de la langue afin d'opposer une muqueuse à une surface saignante. On peut y arriver de deux façons :

Faire, sur la ligne médiane et en dessous de la langue la suture des deux bords de la muqueuse sectionnée; tranformer par conséquent la langue en une sorte de cylindre.

Ou bien encore, faire la suture transversalement, après avoir roulé la langue de haut en bas. Dans ce cas, l'organe, au lieu d'être effilé, serait raccourci. Je ne doute pas que, dans les deux cas, la langue ne reprenne ultérieurement, par le seul fait des mouvements, sa forme et peut-être même ses dimensions normales.

M. TRÉLAT. A l'époque où j'étais chirurgien à la Maternité, j'ai eu l'occasion d'observer un cas analogue à celui dont vient de nous parler M. Duplouy.

Le fond de la bouche de mon petit malade était occupé par une langue aplatie, étalée, fixée au maxillaire inférieur par chacun de ses côtés. En examinant avec soin cette disposition, il me sembla que la partie qui correspondait à la partie moyenne de la bouche présentait seule la dureté propre à la langue ; la périphérie n'offrait pas la même résistance, ni surtout la même épaisseur.

J'incisai la muqueuse au niveau de cette région latérale, et je constatai, au-dessous de ma section, une sorte de vide dans lequel je pus introduire une sonde cannelée, et contourner le maxillaire. Je prolongeai alors ma première incision tout le long du maxillaire, et ma langue était dégagée. Je reconnais, toutefois, que les choses n'eussent pas été aussi simples s'il s'était agi d'une coalescence organique complète.

Cette opération, en somme, était analogue à celle que l'on pra-

tique pour détruire certaines adhérences préputiales, si communes chez les enfants.

Je n'ai plus retrouvé cette disposition. C'est, sans doute, parce que je ne vois plus beaucoup de nouveau-nés, et que ceux qui ont cette disposition meurent d'inanition lorsqu'ils ne sont pas traités et guéris.

M. Desprès. Je demanderai d'abord à M. Duplouy si l'épaisseur des tissus qui forment le plancher de la bouche est assez considérable, pour qu'on puisse admettre que la langue ne fait pas complètement défaut. Il va sans dire que si la langue manque, il n'y a rien à faire.

Si au contraire, elle existe, si l'introduction du doigt dans la bouche permet de constater que l'enfant fait quelques efforts de succion, on peut intervenir de la manière suivante :

On passera à la base de la langue, à l'aide d'un trocart courbe introduit dans la bouche, une anse de tube à drainage que l'on laissera en place pendant quelque temps. Lorsque le trajet du tube se sera, en quelque sorte, organisé, on libèrera le reste de la langue. On sait que, dans ces conditions, la récidive, par le mécanisme de la cicatrisation des plaies angulaires, n'est plus à craindre.

Maintenant, autre chose :

Est-il bien utile d'intervenir en ce moment ?

J'ai présenté à la Société (1877, p. 404) un enfant atteint d'atrophie simultanée de la langue et du maxillaire inférieur qui tétait très bien, mais parce que sa nourrice avait un mamelon très long.

Ne pourrait-on alimenter l'enfant par cet artifice, choisir une vieille nourrice à mamelon allongé, ou faire construire un biberon spécial, et attendre qu'il soit plus âgé avant de ne rien essayer ?

M. Marc Sée. Il est certain, comme le dit M. Verneuil, que si on se bornait à libérer la langue, la récidive serait fatale après la cicatrisation de la plaie. Il faut donc interposer une portion de muqueuse sur l'une des deux surfaces cruentées ; je me demande si on ne pourrait pas aller prendre cette muqueuse sur la face interne des joues, en ayant soin de laisser les lambeaux adhérents à la joue pendant tout le temps nécessaire à leur cicatrisation sur la face inférieure de la langue.

M. Tillaux. Je me demande, moi aussi, si véritablement il est bien utile d'opérer ce malade.

Je crois qu'il faut raisonner ici comme lorsque nous nous trouvons en présence d'un bec-de-lièvre complexe. S'il ne s'agissait

que d'une opération simple, de l'opération proposée par M. Championnière, par exemple, je ne verrais aucun inconvénient à intervenir ; mais il en est autrement si l'on veut décoller la langue, faire des sutures compliquées, prendre des lambeaux sur les joues, etc.

Tout cela est très grave lorsqu'on l'applique sur un enfant de cet âge, et vous risquez fort qu'il meure entre vos mains.

Mais ce n'est pas tout : Cet enfant est difficile à nourrir, dites-vous ; ce serait bien autre chose après l'opération. Il mange mal en ce moment, il ne mangera plus du tout après.

Aussi, pour mon compte, j'avoue que je préfèrerais l'abstention, et je me bornerais à employer tous les artifices possibles pour nourrir l'enfant, jusqu'au jour où il sera plus âgé et capable de supporter une opération.

M. Guéniot. Ce qui préoccupe le plus la famille en ce moment, c'est certainement la question de l'alimentation. Or, cette difficulté est souvent tournée à l'aide d'un moyen artificiel des plus simples. Il suffit de nourrir l'enfant à l'aide d'une longue tétine dont on porte l'extrémité jusque dans la profondeur de la bouche.

Dans ces conditions, les petits mouvements que l'enfant fait exécuter au plancher de sa bouche suffisent à assurer la déglutition.

Si l'enfant grossit et prospère par ce procédé, il sera toujours temps de l'opérer plus tard.

M. Duplouy. M. Desprès me demande comment s'accomplit la succion ; je lui répondrai que j'ai fait l'expérience dont il nous parle, et qu'elle m'a permis de constater que cette succion ne se faisait pour ainsi dire pas. L'enfant cherche à accomplir cet acte, et, pour cela, il soulève en masse le plancher buccal, mais tout cela reste sans effet.

Dans ces conditions, son existence est très sérieusement compromise. Si j'attends, sa situation ne peut que s'aggraver, et, par conséquent, les chances de succès opératoire diminueront d'autant. L'opération, suivant moi, me paraît donc s'imposer.

Mon intention, après avoir entendu ce qui vient d'être dit, c'est d'aller du simple au composé et ne me lancer dans la voie active que par exclusion.

Je chercherai d'abord si la méthode indiquée par M. Championnière est, ce que je ne crois pas, applicable ; puis j'essayerai d'imiter la conduite de M. Trélat, c'est-à-dire de libérer la langue en incisant ses adhérences avec le maxillaire inférieur.

Si je ne trouve pas, au niveau de ces adhérences, le vide que

M. Trélat a eu le bonheur de rencontrer, je me déciderai à mettre à profit les idées ingénieuses exprimées par M. Verneuil, et même, au besoin, j'irai chercher des lambeaux à distance, ainsi que le propose M. Marc Sée.

Je n'emploierai ce dernier moyen qu'à la dernière extrémité, car je crains bien qu'il y ait peu de chance de réussite pour une autoplastie semblable, pratiquée dans une cavité constamment lubréfiée, et sur un organe aussi mobile que la langue.

M. Pozzi. On peut, en somme, nourrir les enfants autrement qu'en les faisant téter. Les enfants qui présentent la difformité connue sous le nom de gueule-de-loup en sont la preuve. On les nourrit difficilement, sans doute, mais enfin on les nourrit à la cuiller.

Aussi je me demande s'il n'y a pas lieu, dans le cas particulier, à diriger ses efforts dans cette voie. J'y suis d'autant plus disposé, qu'il est fort possible que l'on ne trouve que peu ou pas de langue.

Si je m'en rapporte à la description de M. Duplouy, cet enfant, en réalité, n'a qu'une langue schématique, et le résultat opératoire, si brillant fût-il, ne sera bon qu'à satisfaire l'amour-propre de l'opérateur ; une langue, dans ces conditions, ne peut guère servir, à moins d'une éducation longue et difficile, et pendant tout le temps nécessaire l'enfant a bien des chances du succomber.

M. Duplouy. Je ne demande pas mieux que de ne pas intervenir. J'essayerai encore d'alimenter l'enfant par des procédés artificiels; mais si je n'y arrive pas, j'adopterai la conduite dont je viens de vous parler.

M. Farabeuf. N'y a-t-il pas lieu de se demander si l'on ne pourrait obtenir un bon résultat de l'emploi de la sonde œsophagienne ? On l'a mise en usage pour nourrir de tout jeunes animaux et ceux-ci sont très bien venus.

M. Verneuil. J'ai essayé, pendant quelque temps, d'employer la sonde œsophagienne pour nourrir un enfant atteint de gueule-de-loup. J'ai pu constater que la sonde à urèthre n° 18 entrait avec la plus grande facilité jusqu'à l'estomac, et que l'alimentation par ce procédé se faisait très bien. Malheureusement je n'ai pu suivre l'enfant que pendant huit à dix jours ; aussi je ne puis avoir une opinion suffisamment précise sur ce point. Néanmoins, je crois qu'en cas d'inanition très prononcée, c'est là un bon moyen que nous avons à notre disposition.

M. Guéniot. Je ne crois pas que la sonde œsophagienne soit un instrument bien pratique lorsqu'il s'agit de l'alimentation des nouveau-nés. Il faudrait avoir, en quelque sorte, un médecin attaché à la personne de l'enfant, afin de passer l'instrument six à sept fois par vingt-quatre heures, et j'ai peine à croire qu'une semblable manœuvre soit inoffensive pour l'œsophage et l'estomac.

Je répète, d'ailleurs, ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire qu'il est possible d'arriver au but que l'on cherche, à l'aide des moyens les plus simples. Un enfant né avec un bec-de-lièvre compliqué (gueule-de-loup) fut alimenté à l'aide d'une fiole coiffée d'une *grosse et longue* tétine qui obstruait la vaste ouverture palatine. Grâce à cet artifice, l'ingestion du liquide alimentaire se fit parfaitement et la petite fille ne cessa de prospérer. Elle fut opérée du bec-de-lièvre, à l'âge de sept mois, avec un plein succès par notre collègue, M. Le Dentu, et aujourd'hui cet enfant, âgé de trois ans, présente les plus belles apparences de santé. La persistance seule de la division palatine le distingue d'un bel enfant ordinaire.

M. Lannelongue. J'adhère pleinement à l'opinion de notre président. On ne compte plus les enfants atteints de gueule-de-loup que l'on est arrivé à élever à l'aide de moyens simples, variables pour chaque cas particulier. Tantôt c'est la cuiller, d'autres fois le verre, d'autres fois, des tétines de formes variées.

Toutefois, je déclare que, s'il s'agissait d'opérer un enfant, affaibli par le fait d'une nutrition insuffisante, je n'hésiterais pas à faire précéder l'opération d'un véritable gavage, pratiqué à l'aide d'une sonde œsophagienne.

J'avoue que, n'ayant pas encore utilisé cet instrument sur des enfants nouveau-nés, l'expérience me manque. Mais j'ai souvent mis une sonde à demeure à des enfants de quatre à cinq ans, et ils l'ont parfaitement supportée. Or, je ne crois pas qu'il y ait entre ces deux âges une différence telle, que ce qui est sans inconvénient pour l'un, soit absolument impraticable chez l'autre.

M. Guéniot. Il y a entre un enfant de deux à trois mois et un enfant de quatre ans, au point de vue de la résistance vitale, une différence absolue. Cette différence est pour le moins aussi accentuée que celle qui existe entre la nourriture du nouveau-né et celle du jeune enfant. Aussi est-il fort probable que la sonde œsophagienne ne tardera pas à déterminer des désordres graves qui pourront faire défaut lorsqu'il s'agira de jeunes enfants.

M. Verneuil. L'introduction de la sonde œsophagienne chez le

nouveau-né est une opération sans inconvénients, et tellement facile, qu'une nourrice, tant soit peu intelligente, arrivera bien vite à la pratiquer.

Ce moyen n'est donc pas aussi impraticable et irrationnel que semble l'indiquer M. Guéniot.

M. Trélat. Le moyen qui nous est proposé, en ce moment, est très rationnel, il est scientifiquement pratique, mais malheureusement, il lui manque encore la sanction de l'expérience.

Il n'y a qu'un moyen de juger la question, c'est d'avoir l'observation d'un enfant atteint, par exemple, d'une gueule-de-loup, et nourri pendant une année, à l'aide de la sonde œsophagienne. Le jour où une semblable observation nous sera présentée, elle sera la bienvenue, mais d'ici là, nous sommes obligés de réserver notre jugement.

En attendant que cette lacune soit comblée, je dois dire que je connais beaucoup d'enfants que l'on a pu élever, malgré une perforation étendue de la voûte palatine.

Les méthodes employées pour arriver à ce résultat sont des plus variées ; le pot, la cuiller et surtout la longue tétine préconisée par M. Guéniot me paraissent être les moyens les plus habituellement mis en usage.

Je me rappelle entre autres un enfant atteint de perforation palatine, élevé par une mère soigneuse, qui employait l'artifice d'une longue tétine, formée d'une éponge enveloppée de mousseline, qu'elle adaptait au tuyau du biberon. Elle renouvelait souvent cet appareil pour éviter les funestes effets de l'altération du lait. Chaque tétine ne servait pas plus de six heures en tout. L'enfant prospéra absolument comme s'il n'avait été atteint d'aucun vice de conformation.

M. Championnière. Je ne nie pas l'accolement secondaire de la langue au plancher buccal, après qu'elle en aura été séparée, mais ce n'est là qu'une probabilité ; personne n'a vu cet accolement.

Dans l'opération incomplète dont je vous parlais tout à l'heure, l'enfant a été suivi plusieurs semaines, et pendant tout ce temps, il a conservé la liberté de sa langue.

Il existe un grand nombre de procédés pour nourrir les enfants sans que la succion intervienne. Malgaigne, par exemple, se contentait de verser du lait dans la narine à l'aide d'une seringue. Si, jusqu'à présent, personne n'a songé à utiliser la sonde œsophagienne, c'est que les moyens simples ont toujours suffi.

M. Duplouy. La question me paraît vidée ; je commencerai par essayer la longue tétine et la sonde œsophagienne ; j'ai fait l'expé-

rience des autres procédés et toujours il y a eu de la suffocation. Pour éviter l'opération j'aurai recours à tous les moyens possibles; j'agirai ainsi en conformité de sentiments avec la majorité des membres de la Société que je remercie de l'accueil fait à ma demande.

M. Robin (de Lyon) présente un travail sur l'ostéoclasie dans l'ankylose du genou.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Nicaise, Delens et Tillaux, rapporteur.

Présentation de pièces.

M. Polaillon présente la *dernière phalange d'un index avec tout le tendon fléchisseur profond y attenant*, arrachés l'un et l'autre dans les circonstances suivantes :

Le 18 mai, le nommé L. Jacques, âgé de 43 ans, exerçant la profession de potier d'étain, homme fort et très bien musclé, en posant la main gauche sur un arbre de transmission, qui tournait à la vitesse de 2,000 tours à la minute, eut le bout de l'index pris dans un trou qui servait à visser des instruments. Sentant que son doigt était tordu et entraîné par la rotation, il retira sa main de toutes ses forces. Dans ce mouvement, les tissus se rompirent au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne, et la dernière phalange de l'index fut arrachée, emportant avec elle le tendon du fléchisseur profond, dont l'insertion à la base de cet os était restée intacte.

Ce tendon présente une longueur de 25 centimètres et s'est détaché au niveau du point d'implantation des fibres musculaires. En examinant attentivement la déchirure, on voit que ce sont les fibres musculaires qui ont cédé au niveau de leurs insertions et que les fibres tendineuses ont résisté.

Le blessé a ressenti peu de douleur, et il n'y a pas eu d'hémorrhagie.

L'arrachement de la phalange ressemblait à une opération méthodique faite comme pour une désarticulation. Il restait autour du moignon des lambeaux de peau que l'on sutura. L'avant-bras fut immobilisé dans une gouttière et recouvert d'un cataplasme. Il y a eu une réunion par première intention, et, actuellement, douze jours après l'accident, le malade est guéri.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 6 juin 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° M. Henrot, de Reims, adresse : *a* Un rapport sur l'assistance publique à Reims ; *b* rapport sur les travaux de la Société médicale pendant 1882.

3° M. Gritti, de Milan, membre correspondant, adresse plusieurs brochures : sur *la gastrotomie ;* sur *le traitement des fractures des membres ;* sur *un cas de taille latéralisée.*

4° M. le D[r] Paul Liebrecht, de Liège, adresse un volume intitulé : *De l'excision du goître parenchymateux.*

5° M. Giraud-Teulon offre une brochure intitulée : *Physiologie de la sensibilité chromatique*, de la théorie d'Young en présence des nouvelles découvertes en astronomie physique.

Rapport

M. Nicaise fait un rapport verbal sur une note de M. Poulet, relative à une variété d'exostose de l'humérus. Les conclusions du rapporteur sont : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ; 3° de publier son travail dans les bulletins de la Société. Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Note sur une variété d'exostose de l'humérus,

par M. POULET, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Il y a deux ans, M. Verneuil a bien voulu, en mon nom, consulter votre Société sur l'opportunité d'une résection dans un cas d'exostose de l'humérus qui soulevait le nerf médian chez un

enfant de dix ans et qui avait déterminé des accidents paralytiques dans la zone correspondante. L'observation et les résultats favorables de l'opération ont été consignés dans les Bulletins (1881-1882). J'enlevai avec la gouge et le maillet une exostose qui siégeait à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire sur le trajet du paquet vasculo-nerveux ; sa forme était celle d'une grosse épine d'acacia et sa pointe recourbée, mousse, regardait en bas. J'avais joint à l'observation que j'adressais à M. Verneuil une pièce pathologique provenant d'un sujet d'amphithéâtre dont l'histoire m'était inconnue et qui présentait au même point de l'humérus, une exostose semblable à celle de mon petit malade. Elle était un peu bifurquée à sa terminaison et soulevait le nerf médian de la même façon que le chevalet d'un violon soulève les cordes. L'artère humérale était oblitérée à ce niveau et la circulation rétablie par les collatérales très développées.

Cette coïncidence de deux faits présentant de si grandes analogies m'avait frappé. Depuis cette époque, j'ai rencontré la même exostose sur le cadavre d'un jeune soldat, mais cette fois le paquet vasculo-nerveux était situé en dehors et nullement intéressé par la production osseuse.

Il y a quelques jours, j'ai été surpris de voir que les deux seuls spécimens d'exostose de l'humérus que possède le riche musée du Val-de-Grâce avaient la même forme, le même siège que les précédentes ; vous pourrez vous en rendre compte en jetant les yeux sur ces dessins. Je pensais trouver au musée Dupuytren quelques échantillons de cette curieuse anomalie ; il n'existe dans ce musée qu'une seule exostose de l'humérus qui siège également au tiers inférieur et interne de la face antérieure de l'os, mais elle est plus volumineuse que celles que j'ai rencontrées. Enfin l'un de mes collègues auquel je communiquais ces observations me fit sentir une exostose de l'humérus située un peu plus bas sur la même ligne, et ne déterminant aucune gêne.

Voilà donc pour ma seule observation et dans l'espace de quelques années six faits qui présentent une grande analogie et qui permettent de croire qu'il existe à l'humérus un lieu d'élection pour une variété d'exostose en forme d'épine. Je la décrirai succinctement. Cette exostose siège chez l'adulte à environ 8 centimètres et demi ou 9 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire ; elle occupe exactement le trajet du paquet vasculo-nerveux entre le brachial antérieur et le vaste interne du triceps ; elle est aplatie, triangulaire et la pointe recourbée en bas, forme un crochet ordinairement mousse à son extrémité, parfois bifurquée. La hauteur de ce crochet qui ressemble à un petit vomer ou mieux à une grosse

épine d'acacia, à un ergot, mesure 1 centimètre et demi à 2 centimètres de hauteur.

Sur les six cas, deux fois, au moins, le nerf médian était soulevé par l'exostose et l'artère humérale oblitérée dans un des cas. J'ignore absolument la provenance et l'histoire des pièces déposées au Val-de-Grâce ; enfin dans les deux derniers faits, il n'y avait aucune gêne fonctionnelle.

Quelle est la nature de ces exostoses? Il n'existe en ce point aucune apophyse; le cartilage conjugal inférieur est beaucoup trop éloigné pour qu'on puisse croire à une végétation anormale de cet organe. D'ailleurs, les exostoses qui auraient cette origine seraient dirigées et recourbées de bas en haut, tandis que la courbure de notre exostose regarde en bas. Enfin la forme lamellaire n'est pas ordinaire dans les exostoses cartilagineuses. Certaines exostoses diaphysaires plus fréquentes au fémur et à la ligne âpre, ont quelque analogie avec celle qui nous intéresse ; mais elles sont ordinairement plus irrégulières et plus larges.

Ne pouvant me rendre compte de l'origine de cette production ostéophytique, j'avais pensé qu'on trouverait peut-être dans la série animale quelque apophyse, quelque saillie dont cette exostose serait un rudiment. Mes recherches à ce point de vue sont restées infructueuses et je suis réduit, faute de mieux, à vous présenter l'explication suivante. En disséquant attentivement cette région, on trouve qu'il existe en ce point une sorte de ligne âpre qui donne insertion à des fibres tendineuses, nacrées du brachial antérieur que vous pouvez voir sur cette pièce ; elles sont distinctes de l'aponévrose inter-musculaire et correspondent exactement aux vaisseaux et au nerf médian. Je pense que l'exostose dont il est question dans cette note se développe au point d'insertion de cette aponévrose constituée par de véritables fibres tendineuses, aplaties.

L'intérêt que présente cette exostose résulte de son voisinage avec le paquet vasculo-nerveux et il serait utile de savoir si la proportion de 1/3 dans laquelle le nerf médian était soulevé sera confirmée par de nouveaux faits.

Rapport.

Sur une communication de M. le docteur Schwartz, intitulée : *Synovite à grains riziformes de la gaine carpo-phalangienne interne. — Incision. — Drainage sous le pansement de Lister.* — Guérison complète et persistante,

Par M. Nicaise

Au nom d'une commission composée de MM. Tillaux, Gillette et Nicaise.

L'efficacité et l'innocuité de la méthode antiseptique dans le traitement des synovites tendineuses à grains riziformes est aujourd'hui démontrée par de nombreuses observations et en particulier par celles qui ont été communiquées à la Société par MM. Notta (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 746) et Humbert (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1882, p. 705) et par votre rapporteur (*Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 402).

A ces observations M. le docteur Schwartz vient en ajouter une nouvelle également concluante.

M. X..., charretier, âgé de 52 ans, entre à l'hôpital Tenon pour une lésion de la paume de la main gauche qui a débuté il y a environ dix ans.

La maladie a débuté par un gonflement de l'éminence hypothénar qui s'est propagé à la région du poignet, ce gonflement précédé et accompagné de douleurs profondes ; n'a pas empêché le malade de se livrer à sa pénible profession ; toutefois les mouvements surtout dans ces derniers temps sont devenus beaucoup plus difficiles, et l'annulaire et le petit doigt ont beaucoup de peine à se fléchir même peu vers la paume de la main.

Ce qui a déterminé l'entrée de X... à l'hôpital, c'est la présence au niveau du talon de la main sur la partie proéminente de la tumeur d'une petite bosselure qui amincit graduellement la peau et menace de se rompre au dehors.

L'examen du malade nous fait constater l'existence d'une synovite à grains riziformes caractérisée par une tumeur bilobée fluctuante, passant au-dessus du ligament annulaire du carpe qui la bride, très développée au-dessus et au-dessous de lui, où elle a le volume d'un œuf de pigeon ; elle est limitée à la partie interne de la main et de l'avant-bras. Immédiatement au-dessus du ligament annulaire je remarque une bosselure saillante, facilement dépressible au doigt où la peau est amincie sans toutefois être enflammée.

La pression alternative dans la paume de la main et le poignet, donne lieu au bruissement spécial si pathognomonique de la présence des grains hordéiformes.

Les mouvements des trois derniers doigts sont beaucoup gênés surtout ceux de l'annulaire et de l'auriculaire ; les mouvements de flexion sont immédiatement arrêtés. Le malade en ressent une gêne notable qui ne fait que s'accentuer.

Les mouvements provoqués, tout en assurant une flexion plus avancée sont promptement limités et deviennent douloureux quand on veut forcer la flexion des phalanges les unes sur les autres et sur le métacarpe.

X... tient absolument à être débarrassé de son infirmité.

Toutes les précautions listériennes étant bien prises, une incision de 2 centimètres est pratiquée en dehors de la bosselure saillante immédiatement au-dessus du ligament annulaire antérieur ; aussitôt il sort de la poche le volume de trois grosses cuillerées à bouche de grains riziformes et d'un liquide visqueux et grisâtre. La curette de Volkmann introduite dans le kyste ramène encore une certaine quantité de grains, qu'elle détache des parois même de la poche. Après avoir bien parcouru et gratté les culs-de sac, nous pratiquons trois lavages à l'acide phénique au 1/20e et nous introduisons par la plaie un court tube en aluminium qui reste debout dans le kyste.

Le pansement de Lister est appliqué par-dessus le tout ; une forte couche d'ouate salicylée recouvre la gaze phéniquée et immobilise la main tout en exerçant une compression modérée.

Le pansement n'est levé que le troisième jour, l'opéré n'a pas eu de fièvre, la température le second jour ne s'est élevée le soir qu'à 37°8. Les jours suivants, même état général, la température est restée tout à fait normale. Aucune douleur. Le premier pansement était imbibé d'un peu de sérosité et contenait encore quelques grains riziformes.

Nous n'avons pas eu de pus proprement dit pendant toute la durée du traitement, il n'y a pas eu trace de réaction inflammatoire. Le tube en aluminium a été retiré le huitième jour environ et remplacé par un petit tube en caoutchouc qui a été retiré lui-même le quinzième jour. Le pansement de Lister a été continué pendant quatre semaines.

Le quinzième jour déjà, les mouvements des doigts étaient possibles.

Le malade est sorti 21 jours après l'opération et est rentré chez lui. La petite plaie de l'incision est restée fistuleuse pendant quatre mois encore, donnant issue à de la sérosité. Elle s'est complètement fermée au mois d'août.

L'opéré a recouvré tous les mouvements des doigts et se sert de sa main comme auparavant, depuis le mois d'octobre.

L'examen actuel, un an après l'opération, nous montre un peu d'induration de la gaine, au niveau du poignet, la trace de la cicatrice et la restitution *ad integrum* de toutes les fonctions. Nous avons tenu à présenter cette observation pour confirmer une fois de plus l'opinion émise devant la Société de chirurgie par MM. Trélat, Nicaise, Notta, de la curabilité complète des kystes à grains riziformes et de la persistance de la guérison malgré l'absence de phénomènes d'inflammation suppurative, quand on s'entoure de toutes les précautions de la méthode antiseptique.

Conclusions : 1° Adresser des remerciements à l'auteur ; 2° Insérer son observation dans nos bulletins.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Un cas de trépanation tardive du crâne suivie de succès,

par M. le Dr Demons, chirurgien à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, membre correspondant de la Société de chirurgie.

L'observation que j'ai l'honneur de communiquer à la Société de chirurgie, concerne un homme adulte qui fit une chute sur la tête en 1881. A la suite de ce traumatisme, survinrent immédiatement des accidents cérébraux graves, et une paralysie des membres qui persista longtemps.

Près de deux ans plus tard, des accès répétés d'épilepsie traumatique, et finalement une hémiplégie complète, me décidèrent à appliquer sur le crâne une couronne de trépan. Cette opération pratiquée sur un point choisi *uniquement* d'après les données de la doctrine moderne des localisations cérébrales, a donné de très heureux résultats.

Tel est, Messieurs, le résumé très succinct de ce cas intéressant, sur lequel je dois vous donner de plus amples renseignements.

Jules Calmel, 39 ans, mécanicien, habitant habituellement Paris, entre à l'hôpital Saint-André, le 2 mai 1883. Il m'est adressé par mon ami, M. le Dr Peyre, son médecin. Cet homme, habituellement bien portant, robuste, ni alcoolique, ni syphilitique, n'a jamais eu de convulsions dans son enfance. Sa profession de mécanicien l'a

exposé plus d'une fois à des contusions de la tête. A l'âge de 12 ans, il fut frappé violemment dans cette région par la manivelle d'une machine à bras, sans trouble cérébral manifeste. A 34 ans, il reçut sur le sommet du crâne un écrou métallique qui l'étourdit momentanément.

Le 13 juillet 1882, étant à Reims, occupé à construire une pompe, il fit une chute au fond d'un puits d'une hauteur de 14 mètres : il tomba sur une masse de fonte. Il en résulta des contusions plus ou moins fortes sur différentes parties du corps et notamment sur le côté gauche de la région lombaire, et une petite plaie sur le côté droit de la tête, *près* du front, avec une ecchymose qui s'étendit jusque sur les paupières du même côté. Le blessé resta sans connaissance pendant trois jours, il fut agité et son visage fut le siège de convulsions. M. Décés, qui lui donna des soins, jugea le fait très grave; il fit appliquer de la glace sur la tête et des sangsues derrière les oreilles. Il revint peu à peu à lui, mais le membre *supérieur gauche* et le membre *inférieur droit* étaient paralysés complètement.—Les mouvements convulsifs de la face disparurent au bout d'une quinzaine de jours, mais la paralysie des membres ne commença à s'atténuer que deux mois plus tard, et la marche sans soutien ne fut possible que 4 à 5 mois après l'accident. Pendant longtemps même, le membre inférieur droit resta paresseux.

Cependant, Calmel finit par reprendre son travail. Depuis le commencement de l'année 1883, il pouvait monter à une échelle. Le seul phénomène morbide qui persista, sans modification sensible, fut une diminution très accentuée du sens du tact dans la main gauche. Quand cette main saisissait un objet, il était presque impossible à Calmel de dire, toujours sans le secours de la vue, quel était cet objet, son volume ou sa nature.

A de longs intervalles, il éprouvait une céphalalgie de moyenne intensité, sans siège limité. A part un peu d'irritabilité, il n'existait aucun trouble des facultés cérébrales, la mémoire était intacte, la parole facile, la miction, les fonctions digestives et génitales inaltérées.

Tels sont les renseignements fournis par Calmel et par sa femme, aussi précis que j'ai pu les obtenir.

Le mardi 24 avril 1883, Calmel quitta Paris pour Bordeaux, où l'appelait l'exercice de sa profession. Ce même jour, avant son départ, il ressentit des fourmillements très pénibles dans la main et l'avant-bras gauches, et éprouva deux étourdissements assez faibles et de courte durée. Le jour suivant, il eut un peu de migraine. Le vendredi 27 avril, dans l'après-midi, il remontait une échelle, lorsqu'il dit brusquement à une personne qui l'accompagnait qu'il ne voyait plus et ne sentait plus l'échelle. Aussitôt, il fut pris

de mouvements convulsifs dans le côté *gauche* de la face. Ces convulsions durèrent quelques secondes d'abord, puis devinrent plus prolongées et plus intenses; séparées par des intervalles de quelques minutes, elles gagnèrent bientôt les membres du côté *gauche*. M. le Dr Peyre et M. le Dr Burguet, appelés en consultation, voyant ces convulsions épileptiformes résister à de fortes doses de bromure de potassium, songèrent à une application de trépan sur le crâne, et voulurent bien m'adresser ce malade.

Il entra à l'hôpital le 2 mai 1883. Là, nous pûmes assister à de nombreux accès de convulsions, car ces accès se présentaient en moyenne tous les quarts d'heure et parfois étaient comme subintrants. Ils débutaient dans la main *gauche* par des fourmillements qui remontaient rapidement le long du bras jusqu'à l'épaule, puis survenaient presque aussitôt des mouvements convulsifs épileptiformes, bornés d'abord au côté *gauche* de la face, mais envahissant bientôt les membres supérieur et inférieur du même côté: les yeux et la face étaient violemment attirés vers le côté gauche. A ces convulsions, d'une durée moyenne de quarante secondes, succédait le coma pendant environ vingt secondes. Le malade, revenu à lui, déclarait que pendant sa *crise*, il entendait, sans pouvoir parler, ce qui se disait autour de lui. Dans ces intervalles, l'intelligence reprenait sa lucidité; la parole était seulement un peu embarrassée.

Pendant les trois jours suivants, les accès se reproduisirent fréfréquemment jour et nuit, avec les modifications suivantes :

L'aura ne partait plus du membre supérieur, mais bien de la région sous-maxillaire *gauche*, les convulsions étaient plus intenses et plus généralisées. Bien que plus accentuées à gauche, elles finissaient par envahir le côté droit du corps. Entre les accès, l'intelligence paraissait affaissée, la fatigue était extrême, les membres du côté *gauche* étaient affaiblis: ainsi, la main droite donnait au dynamomètre 58 kilogrammes et la gauche 15 kilogrammes; le côté gauche de la face se paralysa complètement le 3 avril, les yeux étaient déviés vers la droite, la pointe de la langue vers le côté gauche. Enfin, dans la nuit du 4 au 5 mai, après un accès de convulsions très intenses, pendant lequel le malade faillit tomber de son lit, survint une hémiplégie gauche complète. Jusque-là, la sensibilité générale ne paraissait pas avoir subi d'atteinte sérieuse. Cependant le malade accusait un engourdissement dans le côté gauche de la face. L'ouïe, du même côté, était notablement diminuée: le tic-tac d'une montre n'était entendu que si la montre était mise en contact avec le pavillon de l'oreille. Les réflexes rotuliens étaient égaux des deux côtés.

Le samedi matin 5 mai, le pouls était depuis la veille à 118°, la

température axillaire à 38°,5. A certains moments, le malade ne reconnaissait pas sa femme.

En présence d'accidents aussi graves et aussi menaçants, je provoquai une consultation, à laquelle prirent part MM. les Drs Lerieux, Pitres, Peyre, Boursier, Martial Durand ; mes confrères qui avaient suivi attentivement le malade depuis son entrée à l'hôpital et moi, nous fûmes unanimes à penser que l'opération du trépan, regardée par nous tous, dès le début, comme une opération nécessaire, était devenue absolument urgente. Le refus momentané de la femme du malade fit ajourner l'opération. Elle fut enfin pratiquée le 5 avril, à 10 heures du soir, en présence, avec les conseils et l'aide de mes excellents confrères.

La question délicate à trancher était celle-ci : sur quel point précis du crâne fallait-il appliquer la couronne de trépan? D'après la marche et le siège des accidents, il était d'abord évident que c'était sur le côté *droit*. Bien convaincus de cette vérité, nous n'avons tenu aucun compte d'une dépression du crâne qui existait sur le côté *gauche*, en arrière de la bosse pariétale : cette dépression, large comme une pièce de 5 francs, était régulière, à bords mousses, et nous avons pensé qu'elle constituait une déformation originelle du crâne. L'existence d'une paralysie du membre inférieur droit immédiatement après l'accident primitif était plus difficile à expliquer : nous avions cru qu'elle tenait à une lésion d'ordre secondaire de la zone motrice gauche par contre-coup. Elle ne pouvait, malgré l'obscurité qui enveloppait les explications que nous en pouvions donner, elle ne pouvait nous empêcher de reconnaître que la lésion principale, celle qui déterminait les accidents graves actuellement observés, siégeait bien sur le côté *droit* de l'encéphale. Il s'agissait maintenant de déterminer, aussi exactement que possible, le point précis de cette région où devait s'exercer notre intervention.

Nous n'avions, pour nous aider dans cette recherche, ni les commémoratifs, puisque nous savions seulement que le blessé avait eu une petite plaie et une ecchymose près du front et que jamais il n'avait éprouvé de céphalalgie limitée, ni la constatation d'un signe extérieur quelconque, car il n'existait ni douleur localisée à la pression, ni cicatrice, ni dépression, ni saillie. Nous avons donc eu recours à la doctrine des localisations cérébrales. Nous avions heureusement deux guides précieux : le professeur Pitres, si compétent en ces matières, qui voulait bien nous assister, et l'excellent travail de notre collègue, M. Lucas-Championnière. Nous avons pensé que la lésion cérébrale siégeait à droite sur la zone corticale motrice du cerveau, le long du sillon de Rolando.

Pour déterminer le point du crâne qui correspondait à ce sillon, nous avons employé les mensurations indiquées par M. Lucas-

Championnière. — A partir de l'apophyse orbitaire externe, nous avons tracé une ligne horizontale, et à 7 centimètres, sur cette ligne, nous avons fait tomber une seconde ligne perpendiculaire. Sur cette seconde ligne, à 3 centimètres, nous devions nous trouver au niveau de la partie inférieure du sillon de Rolando. Nous avons alors tracé la direction oblique de ce sillon en tirant une troisième ligne qui aboutissait sur le sommet du crâne à 5 centimètres environ du bregma. Sur cette troisième ligne, nous nous sommes arrêtés à 3 centimètres au-dessus de sa partie inférieure, de manière à tomber à peu près vers la partie moyenne du sillon de Rolando. Tout le côté gauche du corps étant le siège de convulsions et paralysé, nous ne voulions pas nous exposer, en agissant soit sur la partie supérieure, soit sur la partie inférieure de la ligne rolandique, tomber trop haut ou trop bas. Nous étions, du reste, décidés à appliquer plusieurs couronnes de trépan, si la nécessité l'exigeait.

Opération. — Le blessé étant complètement anesthésié par le chloroforme, je rase soigneusement le côté droit de la tête et je constate de nouveau l'absence complète de toute trace extérieure d'un traumatisme. Je pratique alors l'opération du trépan, je lie, chemin faisant, deux artérioles dans les lambeaux. En détachant le périoste, je reconnais, avec une agréable surprise, une fêlure du pariétal, sur laquelle je suis exactement tombé. Cette fêlure a 3 centimètres de longueur, elle suit la direction de la ligne rolandique : ses bords sont nets ; il n'existe à son niveau aucune altération appréciable, ni du tissu osseux voisin, ni du périoste, ni du péricrâne. J'applique sur le milieu même de cette fêlure une couronne de trépan de 1 centimètre et demi de diamètre. Naturellement cette couronne se trouve divisée en deux parties égales qui sont extraites séparément. Une légère compression avec des éponges fines arrête l'écoulement de sang qui se fait par le diploë. La dure-mère paraît altérée, blanchâtre en certains points, grisâtre sur d'autres; une bandelette de tissu fibreux, engagée dans la fêlure, lui adhère intimement. Au-dessous de cette membrane, on voit les battements réguliers du cerveau. Je la saisis avec une pince à griffes et je l'incise crucialement : elle nous semble manifestement épaissie. Un vaisseau sectionné dans son épaisseur est saisi avec une pince à forcipressure. Avec une pince à disséquer et une sonde cannelée, je me mets en mesure de diviser les méninges sous-jacentes. Cette manœuvre est accompagnée d'un écoulement en nappe d'un sang rouge, mélangé sans doute de liquide céphalo-rachidien. Pour agir avec sûreté, je procède lentement, en m'arrêtant souvent, pour comprimer doucement le fond de la plaie avec des fragments d'éponge. A un moment donné, j'aperçois sous l'extrémité de ma sonde cannelée, qui le vide et le fait disparaître aussitôt,

comme un petit kyste de la grosseur d'un pois, et qui paraît contenir une matière ressemblant à du pus concrété; mais l'écoulement du sang m'empêche absolument de recueillir cette matière et d'énucler ce kyste déchiré.

Je suis arrivé sur la pie-mère, dont le moindre attouchement est accompagné d'une nappe sanguine : je suis même obligé de lier avec un fin catgut une artériole appartenant à cette membrane. Enfin, la substance cérébrale apparaît manifestement altérée, surtout en haut et en dehors ; elle est d'un gris foncé, sans aspect brillant, molle. Elle a si bien perdu ses caractères normaux, que nous hésitons un moment à la reconnaître et que, avec la sonde cannelée, je divise au-dessous de cette portion altérée, une petite partie d'une circonvolution qui paraît intacte. Le doigt qui explore le fond de la plaie peut distinguer, par la différence de consistance, les parties saines des parties altérées. Celles-ci sont raclées, frottées à plusieurs reprises avec une éponge portée sur une pince à forcipressure. A la fin, il existe en ce point une dépression de plusieurs millimètres, un vide très accentué, entre l'écorce cérébrale et la boîte crânienne. Je termine en réséquant les lambeaux de la dure-mère. L'écoulement sanguin étant bien arrêté, je suture d'abord avec plusieurs fils de catgut les lambeaux du périoste ; puis par-dessus, je suture les téguments avec sept fils de soie. Deux petits bouts de drain de très petit calibre sont introduits à la partie postérieure de la plaie. Je les fais pénétrer à travers la section osseuse, en prenant bien soin de ne pas les mettre en contact avec la substance cérébrale.

L'opération a duré une heure et demie. Une bonne partie de ce temps a été prise par la compression exercée pour arrêter l'écoulement sanguin. L'anesthésie, très bien conduite par M. Firpo, a été complète depuis le commencement jusqu'à la fin ; elle n'a présenté aucun incident. La méthode antiseptique de Lister a été employée. Par-dessus les pièces du pansement, deux vessies de glace sont appliquées.

Pendant la nuit suivante, à 4 heures du matin, survient un accès épileptiforme analogue aux précédents, mais beaucoup plus court. On n'en a plus constaté depuis ce moment. Insomnie.

Le 6. — Matin, pouls 88. T. 37°, 8. — La paralysie a notablement diminué. Les yeux et la face sont déviés à droite : le bras gauche est légèrement contracturé, il présente une hyperesthésie cutanée très accentuée. Alternatives d'abattement et d'irritabilité. Pas de céphalalgie. Pupilles égales. Une miction involontaire. — Soir, pouls 86. T. 37°, 6.

Le 7. — Matin, pouls 84. T. 36°, 8. — Vers quatre heures du matin, très léger délire. Mieux sensible, le malade cause volontiers,

la paralysie a encore diminué depuis hier dans la face et dans les membres. Au dynamomètre, la main droite donne 48 kilogrammes et la main gauche 23 kilogrammes. L'hyperesthésie cutanée persiste. Pas de céphalalgie. Langue saburrale. Huile de ricin 30 grammes. — Soir, pouls 90. T. 37°,6.

Le 8. — Matin, pouls 100. T. 37°,3. — La paralysie a encore diminué. L'hyperesthésie cutanée s'atténue. Pas de céphalalgie, ni de douleur au niveau de la plaie. La parole est nette. Alimentation légère. — Soir, pouls 100. T. 38°,4. — Un peu d'agitation pendant la nuit. Potion au bromure de potassium et au chloral.

Le 9. — Matin, pouls 92. T. 37°. — L'hyperesthésie cutanée des membres du côté gauche persiste encore dans une certaine mesure. Aucune douleur du côté de la tête. A partir de ce jour jusqu'au 14, le pouls oscille entre 90 et 92 et la température entre 37° et 37°,4.

Le 11. — Premier pansement. Une assez grande quantité de sang a taché la gaze phéniquée. La plaie est réunie par première intention. Ni gonflement, ni douleur. Les points de suture et le drain sont enlevés.

Les jours suivants, l'amélioration fait des progrès sensibles, il n'y a plus aucune déviation des yeux. La paralysie de la face et des membres diminue rapidement, ainsi que l'hyperesthésie cutanée. Nourriture assez substantielle. Purgations avec l'huile de ricin. La glace sur la tête est supprimée.

Le 13. — Second pansement. La pression fait écouler une petite quantité de pus par les angles de la plaie. Les pièces du pansement sont un peu tachées.

Un anthrax assez volumineux se développe entre les deux épaules, sur le point où un vésicatoire a été appliqué avant l'entrée du malade à l'hôpital. De ce fait, la température s'élève jusqu'au 17 mai et elle atteint 39°. Une incision cruciale en a raison. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

Le 19. — Pansement de la plaie. Très petite quantité de pus. Ni gonflement, ni douleur spontanée ou provoquée.

Le 23. — Le malade se lève; il peut marcher, appuyé sur le bras d'un infirmier. La paralysie faciale a à peu près disparu. Les mouvements des membres très énergiques. Nourriture ordinaire. A partir de ce jour jusqu'au 3 juin, la guérison fait des progrès rapides. On fait le pansement tous les quatre jours. Le pouls et la température sont revenus à la normale. Aujourd'hui 5 juin, la plaie est tout à fait guérie, l'intelligence est normale. La paralysie de la face et des membres a disparu. Le malade se promène, mange et fume comme à l'ordinaire, il accuse seulement un peu d'engourdissement dans la joue. L'ouïe du côté gauche n'a pas subi d'améliora-

tion très marquée et le sens du tact dans la main gauche reste toujours imparfait.

Discussion.

M Desprès. Chez un semblable malade, il est nécessaire d'attendre six mois et plus avant de se prononcer. L'expérience, en effet, démontre que la récidive est à peu près fatale au bout de ce temps.

M. Lucas-Championnière. Cette observation est d'autant plus intéressante que les cas de ce genre ne sont pas fréquents. Il est bien rare, en effet, que les indications opératoires soient aussi nettes que sur le malade dont nous parle M. Desmons ; le plus souvent, ces trépanations tardives se font pour ainsi dire au hasard.

Les mensurations que j'ai indiquées ne peuvent être qu'approximatives; mais cette approximation suffit pour qu'on tombe très près du point que l'on veut attaquer, et il suffit généralement d'une seconde couronne de trépan pour compléter l'opération.

Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que l'on a cité un cas d'épilepsie traumatique, traitée par la trépanation, dont la guérison a été suivie pendant deux ans; alors, cependant, le chirurgien n'avait pas trouvé de lésion au point trépané.

Quant à la guérison permanente de ces épilepsies, elle est parfaitement possible. Le malade que j'ai opéré en 1874 a été revu par moi, cette année, dans une salle d'hôpital où il est infirmier. Il est toujours guéri.

M. Lefort. Cette observation montre, une fois de plus, les avantages de la trépanation du crâne, dans les cas où elle se trouve indiquée.

Je partage l'opinion de M. Lucas-Championnière au sujet de l'utilité de semblables trépanations, même lorsqu'elles sont faites un peu au hasard ; je possède une observation qui confirme cette manière de voir.

Un homme fait une chute sur la tête et, après une série d'accidents, guérit de son traumatisme. Mais, au bout d'un certain temps, des crises épileptiformes se manifestent, débutant toujours par le côté droit. Ces crises se manifestèrent jusqu'à trente et quarante fois par jour.

Comme il n'y avait ni fièvre, ni accélération du pouls, je me décidai à trépaner, en me guidant sur l'existence d'une petite cicatrice du cuir chevelu.

Je tombai sur une dure-mère absolument intacte, sans trace de

sérosité, je n'incisai pas cette membrane, et je bornai là mon opération.

Dans la journée, mon malade eut une nouvelle attaque d'épilepsie, très atténuée, mais ce fut la dernière. Une année après, ce malade fut repris encore une fois d'une attaque légère, qui ne se renouvela pas pendant les deux mois suivants. Depuis, j'ai perdu le malade de vue.

M. Polaillon. M. Desmons a-t-il employé le pansement antiseptique ?

M. Desmons. Je l'ai employé, en effet, et cela m'a permis de faire la suture du périoste d'abord, celle de la peau ensuite, en plaçant deux drains dans la plaie. Au troisième pansement, la cicatrisation était complète.

M. Polaillon. Je remercie M. Desmons de ses explications. Sédillot avait montré que dans l'opération du trépan, comme dans les opérations où l'on ouvre une grande séreuse viscérale, on se met autant que possible à l'abri de l'inflammation consécutive en employant rigoureusement les procédés antiseptiques. Je crois qu'avec les précautions antiseptiques, on peut éviter dans un grand nombre de cas la méningo-encéphalite consécutive à la trépanation.

A l'appui du trépan tardif pratiqué pour combattre les accidents consécutifs et éloignés d'une fracture du crâne, je citerai le fait que M. Silvestrini, médecin italien, a adressé à l'Académie de médecine et dont j'ai été chargé de rendre compte (*Bul. de l'Acad. de médecine*, 10 avril 1883, p. 459). Il s'agissait d'un garçon de 15 ans, qui eut une fracture dans la région fronto-temporale gauche. Au bout de deux mois, il fut tout à coup frappé d'hémiplégie droite avec accès convulsifs des membres de ce côté. Cet état dura quinze jours, s'améliora et disparut. La santé du blessé fut très satisfaisante pendant cinq mois. Mais, au bout de ce temps, on vit reparaître les accès convulsifs limités à la moitié droite du corps, une paralysie du membre supérieur et du membre inférieur, une paralysie des muscles de la région faciale inférieure droite et une aphasie. M. Silvestrini admit qu'une pachyméningite à marche lente s'était formée à la suite de la lésion du crâne, et qu'elle avait donné naissance à une hémorragie, d'où les premiers symptômes de paralysie et de convulsions, qui étaient survenus deux mois après l'accident. Plus tard, une hémorragie plus grave que la première, s'étant produite, avait amené simultanément l'aphasie, la paralysie permanente et les accès épileptiques à droite. M. Silvestrini pensa qu'il n'y avait pas d'autre moyen de sauver son malade que de lui faire la trépanation dans la région du

sillon de Rolando. Par une détermination peu exacte, la couronne de trépan tomba en avant du sillon de Rolando. Néanmoins on put extraire des caillots qui comprimaient le centre moteur des membres supérieur et inférieur. L'aphasie et les accès convulsifs diminuèrent, mais ne cessèrent pas. L'opéré prit une méningo-encéphalite et succomba. Il n'est pas dit si les précautions antiseptiques ont été mises en usage pendant l'opération et pendant les pansements.

A l'autopsie, on trouva un abcès au niveau de l'extrémité inférieure de la circonvolution frontale ascendante (siège du langage articulé) et un autre abcès au-dessous de l'extrémité inférieure du sillon de Rolando (siège des mouvements de la moitié inférieure de la face d'après Charcot et Pitres). De sorte qu'en tenant un plus grand compte des localisations cérébrales, on aurait pu trépaner au niveau de ces centres moteurs, ouvrir les abcès en question, et peut-être guérir le malade.

Les localisations cérébrales commencent à être assez précises, pour qu'on ose combattre par la trépanation certains accidents graves, qui se montrent après les traumatismes du crâne.

M. Chauvel. M. Desprès vient de nous dire qu'il était bon d'attendre quelques mois, afin de s'assurer qu'il n'y a pas de récidive, je suis absolument de son avis.

J'ai eu à soigner un malade dans les conditions de l'opéré de M. Desmons.

Je fis l'opération, et cela me conduisit à une dure-mère légèrement épaissie, que je ne crus pas devoir inciser. Le malade guérit, mais deux mois après, il se produisait une récidive et le malade mourait une année après.

Parmi les particularités présentées par ce malade, je signalerai une névrite optique qui, au moment de l'opération, était tout à fait au début de son évolution.

Peut-être y a-t-il, dans la constatation de ce symptôme, une indication au sujet de la nature et du siège de la lésion cérébrale, et il sera bon, je crois, d'en tenir compte dans l'avenir.

M. Desmons. Peut-être eût-il été préférable que M. Chauvel fît l'incision de la dure-mère. Je ne suis pas éloigné de croire que le succès que j'ai obtenu résulte, en grande partie, de ce que j'ai fait cette incision, que l'emploi de la méthode antiseptique rend inoffensive, j'ai même pu inciser une circonvolution cérébrale, sans qu'il en résultât aucun trouble.

Discussion sur l'influence des traumatismes sur les états pathologiques antérieurs.

M. Trélat. Avant de répondre au dernier discours de M. Ver-

neuil, je désire le remercier de la façon très courtoise, très aimable avec laquelle il a répondu à ma première argumentation. Je ferai tous mes efforts pour l'imiter ; si je n'y réussis pas, je le prie de vouloir bien prendre pour le fait, l'intention de gracieuseté qui est dans mon esprit.

La première communication de M. Verneuil pouvait être résumée d'une manière simple : notre collègue se proposait de montrer à la Société qu'en dehors des accidents septiques, nosocomiaux, qui pouvaient se produire chez les opérés, il pouvait s'en développer un certain nombre d'autres, capables d'entraîner la mort. En dehors de la sepsie, il y a encore une large place pour les désastres chirurgicaux, et cette large place est occupée par les individus atteints d'affections antérieures ou de diathèses : ces individus sont menacés par l'influence qu'exerce l'opération ou l'accident, le trauma sur leur état constitutionnel ou diathésique.

A cette communication, diverses réponses ont été faites. La mienne a consisté surtout à présenter une atténuation à cette doctrine ; je l'ai acceptée dans son fond, mais avec des réserves sur certains points.

M. Verneuil m'a répondu, et, dans sa réponse, son but s'est un peu transformé ; il s'est attaché à l'idée théorique bien plus qu'à l'idée pratique, et il n'a pas été seulement question de ce fait, que les blessés pouvaient succomber sous d'autres influences que les accidents septiques ; il a été dit surtout que les blessures opératoires ou autres aggravaient, dans un grand nombre de circonstances, les états pathologiques antérieurs.

Je n'ai pas lu ce second discours dans les bulletins qui n'ont pas encore paru, mais la *Semaine médicale* ayant publié un compte rendu très exact de ce discours, j'ai pu le relire après l'avoir écouté avec le plus grand soin, et c'est ainsi qu'en différents points, j'ai pu voir une affirmation très catégorique de cette dernière théorie. Comme exemple, il me suffira de rappeler que M. Verneuil, parlant de la tuberculose, nous dit sans hésitation : « Dans le mémoire de M. Lannelongue sur les abcès tuberculeux, il y a trois cas où le traumatisme a produit des accidents tuberculeux du côté des méninges. »

Je dois reconnaître toutefois que, en d'autres points, M. Verneuil est plus prudent ; il fait des réserves, il indique qu'il y des circonstances dans lesquelles ces faits ne sont que possibles, il reconnaît l'obscurité qui règne sur certaines questions, et le regrette, parce que, dit-il, la thérapeutique gagnerait à ce qu'elles fussent expliquées. Voilà, suivant moi, le langage de la vérité. Sur ce point, je l'ai déjà dit, nous sommes d'accord, et il est

inutile de revenir sur les faits qui prouvent qu'il en est bien ainsi.

Mais, notre accord sur le fond du débat ne suffit pas. Ce qui nous préoccupe surtout, ce que nous recherchons, ce qui a été cherché par beaucoup de chirurgiens et, en particulier, par Paget, ce sont des règles pour la saine pratique chirurgicale, nous permettant de dire : N'affrontons pas des dangers trop certains, ne nous risquons pas dans des dangers probables, ne nous hasardons pas dans des entreprises douteuses, puisque, dans tel ou tel cas, elles sont suivies d'accidents.

Ces règles, je le reconnais, elles sont posées pour certains cas particuliers. Nul de nous, en effet, n'oublie l'influence des cancers viscéraux sur le pronostic des opérations, et nous n'opérons pas de semblables malades.

Si M. Berger n'a pu nous citer qu'un très petit nombre de cas à l'appui de cette manière de voir, c'est parce que, à l'honneur de notre chirurgie, nous sommes fort enquêteurs de l'état de nos malades, et que nous ne nous laissons pas souvent prendre à opérer des individus atteints de cancers profonds. Je n'ai rien à dire des opérations incomplètes pratiquées sur des cancers : on enlève un testicule cancéreux, sans s'apercevoir qu'il existe un noyau plus ou moins profond de la tumeur. Après l'opération faite, on voit le foyer interne marcher avec une rapidité insolite. C'est là un fait bien connu, mais qui ne rentre pas dans notre question.

Nous ne sommes pas en désaccord non plus au sujet de l'influence des néphrites. Dans l'immense majorité des cas, ces néphrites, avec lésions variées, irrégulières dans leur marche, fatalement progressives, ont, sur le pronostic des blessures, une influence qu'aucun de nous ne néglige. Personne ne songerait à dire qu'un individu atteint de néphrite est un opéré placé dans de bonnes conditions, et lorsque nous constatons l'existence de ces lésions, nous nous arrêtons.

Sommes-nous disposés à contredire l'opinion de M. Verneuil, lorsqu'il s'agit d'une maladie du foie avérée et reconnue ? Personne de nous n'est disposé à le faire et à prétendre qu'en présence d'une cirrhose, d'une hypertrophie ou d'une tumeur du foie, il faut passer outre et opérer en toute liberté d'esprit.

En résumé, il n'est pas un seul de nous qui soit disposé à contester la gravité de la situation chez un individu qui a un cancer viscéral, une néphrite organique, ou qui est atteint d'une maladie du foie.

Si je devais faire une profession de foi personnelle, je dirais : Nous avons eu beau améliorer la situation de nos opérés, faire

disparaître presque tous, et dans certains cas, tous les phénomènes fébriles qui accompagnent la guérison des grandes plaies, nous sommes encore loin d'en être arrivés à placer nos malades dans des conditions telles, que les plaies opératoires ou accidentelles ne modifient jamais leur état général.

Toute opération importante comporte, en effet, trois ordres de faits constants et fondamentaux :

C'est tout d'abord un ensemble de phénomènes psycho-nerveux, d'une nature toute spéciale. Représentons-nous le moment où notre chirurgien vient nous dire : Il faut que je vous fasse l'ablation de cette tumeur, de ce membre, de cet organe! De certains, à l'âme ferme et parfaitement trempée, répondront : « Faites. » D'autres s'y reprendront à deux fois, et ce n'est qu'après violent effort qu'ils diront : « Agissez. » D'autres, enfin, se laisseront aller à cet état de désemparement moral auquel nous avons tous assisté, et diront plusieurs fois oui et non, avant de se laisser faire.

Enfin, la résolution est prise. Vous voyez la condition d'esprit dans laquelle se trouve le malade que vous allez opérer!

Une opération ne peut se faire sans une perte de sang plus ou moins abondante. Grâce aux progrès réalisés dans l'hémostase, on perd moins de sang aujourd'hui que jadis, je le veux bien, mais on en perd, et nous savons à merveille par les travaux récents la valeur de l'hémorragie et les dangers de l'anémie.

Enfin, dernière considération, une fois l'opération faite, il faut que l'opéré fasse les frais, avec ou sans fièvre, — sans fièvre vaut beaucoup mieux et c'est plus rapide, — d'un travail plastique considérable, dont le but final est la cicatrisation de la plaie.

Il est impossible de ne pas tenir compte de ces divers facteurs : désordre nerveux initial, hémorragie, processus plastique, lorsque l'on cherche à interpréter les effets du traumatisme, et l'on doit rechercher si les accidents divers sur lesquels M. Verneuil a fixé notre attention ne reconnaissent pas pour cause l'un de ces actes en particulier, au lieu du trauma pris en bloc et constitué à l'état d'entité étiologique.

A ce propos, permettez-moi quelques remarques ; elles ont trait à l'une des observations de M. Verneuil.

Le diabète est une maladie générale très complexe, et très variable dans sa marche et ses accidents ultérieurs. Il ne faut pas oublier, en effet, que, si le traumatisme a souvent des conséquences très graves chez les diabétiques, par contre, beaucoup d'entre eux ont pu supporter sans inconvénients des opérations plus ou moins graves.

Dans un travail récent, M. Leviste fait connaître l'histoire de

quatre-vingt-onze diabétiques opérés de cataracte sans accidents, sans compter les malades cités par M. Berger, M. Richelot, moi-même et bien d'autres.

Je vois donc, parmi les observations de M. Verneuil, un diabétique dont le pied est écrasé; on l'ampute, et il meurt deux jours après.

Est-il mort parce que l'on a opéré, ou bien, au contraire, est-il mort parce que, étant diabétique, il a été atteint d'un accident final du diabète, susceptible de se produire sous une influence tout autre que le traumatisme ?

M. Verneuil dit que le trauma, la blessure ont aggravé son diabète de manière à déterminer l'éclosion de l'accident mortel. Moi, je dis : Votre homme était diabétique ; il était menacé par ce seul fait qu'il était diabétique ; l'accident terminal a éclaté après le traumatisme, mais celui-ci n'a agi que comme cause émotive banale.

Au sujet de ce malade, je rappellerai justement que dans son premier discours, M. Verneuil n'avait pas cherché à expliquer la mort par le coma diabétique, c'est dans son second discours que cette explication est intervenue.

Or, qu'est-ce donc que ce coma diabétique? Cette complication du diabète, que je viens de relire dans la récente thèse d'agrégation de M. F. Dreyfous, est rare et s'accompagne de symptômes que je ne retrouve pas signalés dans l'observation de M. Verneuil.

L'étude étiologique, faite sur trente-huit cas, nous montre que parfois le coma a été l'accident initial du diabète, ou mieux, l'accident révélateur d'un diabète ignoré; que, dans quelques cas, il a paru résulter d'un écart de régime ou de traitement, mais que dix-sept fois sur trente-huit, — remarquez bien cette proportion considérable, — il a été la conséquence d'une fatigue, d'un effort, d'une émotion vive, voyage, course rapide ou impression morale.

Voici quelques-uns de ces cas :

Un diabétique fait une grande promenade ; au moment de son retour, il court après un omnibus en marche, s'agite violemment pour le faire arrêter; mais c'est en vain, il doit revenir chez lui à pied. Le soir, le coma diabétique se manifeste, et la mort suit de près.

Un autre manque le train et en éprouve un violent ennui. Le lendemain, coma diabétique et mort.

Un troisième descend son escalier; à peine est-il au bas qu'il est rappelé brusquement, il remonte vivement, se trouve mal à l'aise, renonce à la course qu'il devait faire, tombe bientôt dans le coma et meurt.

La connaissance de ces faits a été pour moi un rayon de lumière, jeté sur l'obscurité de cette question; et je suis tout disposé à ad-

mettre que, dans le cas de M. Verneuil, le traumatisme a pu agir à la manière de toute autre émotion vive.

Relativement à l'albuminurie, maladie dont était atteint le malade de M. Redard, j'ai lu, depuis ces derniers temps, une thèse de M. Capitan sur les albuminuries transitoires, au point de vue clinique et expérimental, et j'y ai trouvé un grand nombre de faits très intéressants, très surprenants et qui éclairent bien des points délicats et embarrassants. Voici ces faits :

On soumet des animaux à des influences variées, mais très vives — refroidissement ou réchauffement brusque, grattage de la peau, bruit violent, éclair de lumière, — et l'on constate que ces animaux deviennent albuminuriques, pendant vingt-quatre, trente-six heures.

Ce n'est pas ici le lieu d'insister au sujet de ces phénomènes, quand on se rappelle le malade de M. Redard, il est difficile d'échapper à cette pensée que cet homme, qui a une augmentation, d'ailleurs très légère, dans la quantité d'albumine qu'il rendait, alors surtout que cette albuminurie a été essentiellement passagère, on ne peut s'empêcher, dis-je, de faire un rapprochement entre les résultats expérimentalement obtenus par M Capitan, et ceux que M. Verneuil a constatés après son opération. Il est très possible que cet opéré n'ait eu qu'une albuminurie passagère, transitoire, d'origine nerveuse et de nature réflexe comme les animaux mis en expérience par notre jeune confrère.

Parmi les observations que nous a signalées notre collègue, je relève encore, à un autre point de vue, celle qui est relative à un malade dyspeptique opéré de hernie étranglée.

Cet homme, après son opération, ne recouvre pas la santé; il était maigre, il reste maigre, pâle, abattu et meurt. Vers la fin de sa vie, M. Verneuil croit constater la présence d'une cirrhose du foie, aussi conclut-il immédiatement que cet homme est mort parce que sa dyspepsie, d'origine hépatique, a été aggravée jusqu'à la mort. Quant à moi, je continue à croire que si ce malade est mort, c'est parce que sa dyspepsie, qu'elle soit ou qu'elle ne soit pas d'origine cirrhotique, a persisté jusqu'à sa mort.

Quoi qu'il en soit de cette explication, on reconnaîtra que si vous voulez établir votre théorie d'une manière irréfragable, il vous faut autre chose que des observations de ce genre, où, vers la fin de la vie, vous soupçonnez une cirrhose.

M. Verneuil nous parle encore de pneumonies aggravées par une opération. Je le crois bien; et je ne pense pas qu'il vienne jamais à la pensée de personne d'opérer un pneumonique, aussi s'est-il toujours agi, dans les observations rapportées par M. Verneuil, de pneumonies qui ont échappé au chirurgien.

Mais là où la discussion est véritablement importante, c'est lorsqu'il s'agit de la tuberculose.

Ce point avait été à peine abordé par M. Verneuil, dans son premier discours, mais M. Berger est venu à cette tribune y donner d'importants développements, et formuler à son égard des conclusions précises.

De toutes les observations citées par M. Berger, il semble résulter que la marche de la tuberculose, comme celle du cancer, peut recevoir une poussée à la suite de toute opération chirurgicale. Comme conséquence, M. Berger déclare qu'il ne faut pas opérer un homme qui a une manifestation importante de l'une de ces deux diathèses.

M. Verneuil est revenu sur ce point, et il nous a fourni de nombreux exemples à l'appui de cette manière de voir.

Voici une jeune fille atteinte de tuberculose commençante, offrant toutes les apparences d'une bonne santé; on lui fait la ponction d'un abcès froid. Elle est atteinte de phtisie foudroyante, et meurt.

Voici le malade de M. Pozzo di Borgo, auquel on enlève un testicule tuberculeux. Au bout d'un certain temps, il y a récidive; on fait une nouvelle opération, et le malade meurt de méningite tuberculeuse.

Voici encore les cas cités par M. Lannelongue dans son Mémoire :

Incision et râclage d'un abcès tuberculeux, — méningite tuberculeuse et mort.

Ouverture d'un abcès costal tuberculeux, — méningite tuberculeuse et mort.

Coxalgie, ouverture d'un abcès de la cuisse, — méningite tuberculeuse et mort.

Bockel fait une résection de la hanche pour un cas analogue, — méningite tuberculeuse et mort.

Howsé redresse un genu valgum chez un tuberculeux,—au douzième jour, méningite tuberculeuse et mort.

M. Th. Anger, ayant à soigner une arthrite strumeuse du genou droit, fait une application de pointes de feu qui dure trente-cinq minutes,—méningite tuberculeuse et mort.

Voici un homme de vingt-six ans. Un jour il fait un faux pas, il perçoit un craquement dans le genou, — méningite tuberculeuse et mort.

Voici encore l'exemple de Vincent Duval, qui vous disait : « Méfiez-vous du redressement des membres chez les coxalgiques, cela amène souvent des méningites tuberculeuses.

En entendant ces faits accumulés — il y en a treize semblables

— j'avoue que j'avais été vivement impressionné. Mais après avoir examiné les diverses circonstances de ces observations, après avoir interrogé à cet égard nos collègues médecins, je me suis fait la réflexion suivante : Nous sommes en présence d'une maladie, la tuberculose, qui n'a pas pour coutume de marcher d'un pas toujours le même. Elle marche par étapes, par poussées entrecoupées de temps d'arrêt plus ou moins longs.

Or, voici un certain nombre de malades qui meurent de méningite tuberculeuse : ceux-ci après une résection du genou, ceux-là après l'ouverture d'un abcès, d'autres après une simple ponction, d'autres enfin après rien du tout, un simple faux pas. Eh bien! est-ce que la méningite est bien là le fait du traumatisme? N'est-ce pas là la conséquence de la marche naturelle de la maladie? Ces malades n'ont-ils pas été victimes de l'une de ces poussées que l'on rencontre si habituellement chez les tuberculeux? Est-ce que cet accident n'aurait pas pu se produire sans traumatisme, alors même que le malade eût été, pour ainsi dire, mis dans du coton?

Que le traumatisme, qui s'accompagne, comme je vous le disais tout à l'heure, de circonstances très diverses, vienne quelque peu compromettre ce malheureux, ajouter un nouveau fardeau à celui que ses épaules ne pouvaient déjà plus porter, je le veux bien, personne n'ira contre cette manière de voir.

Mais, si vous voulez prétendre que le trauma, petit ou grand, qu'il se produise aujourd'hui ou qu'il se soit produit six mois avant, est susceptible, par lui-même, d'aggraver une diathèse, de déterminer telle ou telle de ses manifestations, il vous faut prendre d'autres exemples que la tuberculose, parce qu'elle peut, en dehors de toute espèce de traumatisme, se comporter comme sur les malades dont vous nous avez donné l'histoire. Ce n'est pas treize cas qu'il nous faudrait pour produire la conviction dans nos esprits, il nous en faudrait des centaines; il faudrait que vous nous montrassiez deux tableaux parallèles : dans l'un, vous rangeriez une collection de tuberculeux n'ayant subi aucun traumatisme, et vous nous diriez : Ils ont vécu tant de temps, voilà leur vie moyenne. Dans l'autre, vous réuniriez un nombre sensiblement égal de tuberculeux ayant subi des traumatismes, et vous nous montreriez que leur vie moyenne a été abrégée de six mois, un an. Jusqu'au jour où vous auriez fourni cette preuve, je dis et je soutiens que c'est un abus de langage que de dire : Le traumatisme a produit la méningite tuberculeuse, ou toute autre manifestation de cette diathèse.

Vous déclarez, je le sais bien, que vous ne savez pas comment le trauma a agi dans le développement de ces accidents dont vous nous citez un certain nombre d'exemples; mais alors, vous recon-

naîtrez que si votre argumentation ne contient pas de conclusion, nous sommes bien obligés, nous, qui vous écoutons, d'en chercher une, et que quand nous voyons des faits présentés avec une telle méthode, quand nous vous entendons citer un aussi grand nombre de méningites tuberculeuses consécutives au traumatisme, nous sommes bien obligés de nous dire : M. Verneuil a voulu proclamer, comme M. Berger, que nous ne devons plus toucher aux tuberculeux.

Ne savez-vous pas, en effet, que si on prenait votre discours à la lettre, que s'il était démontré qu'une seule opération ait pu produire une méningite tuberculeuse, il n'est plus un chirurgien qui oserait affronter une opération sur des tuberculeux.

M. Verneuil. Mais je n'ai pas dit cela, et voilà l'inconvénient qu'il y a à ne pas vous servir du texte même de ma communication. Vous vous êtes servi d'un compte rendu qui, je suis le premier à le reconnaître, est très exact, mais qui est nécessairement écourté, et c'est ainsi que, manquant d'une base d'argumentation authentique, vous me prêtez des opinions que je n'ai pas.

J'ai fait l'énumération de tous les états généraux et de toutes les maladies des grands viscères, que le trauma peut accidentellement aggraver, et j'ai dit : Le trauma peut aggraver le cancer, l'alcoolisme, le diabète, etc.

Au même titre, il peut aggraver la tuberculose thoracique, cérébrale, etc.

Quant à prétendre que j'ai soutenu que chaque fois qu'on touchera à un tuberculeux, on va lui donner une méningite tuberculeuse, c'est me faire dire une absurdité monstrueuse, contre laquelle je tiens à protester.

M. Trélat. Il ne faut pas oublier que lorsque nous parlons dans cette enceinte, on tire souvent de nos paroles un sens bien plus développé que celui qu'elles comportent; l'impression que j'avais conservée du discours de M. Verneuil au moment où je l'ai entendu, celle qui m'était restée à la lecture du compte rendu de ce discours, était celle dont je viens de parler; ma réponse n'eût-elle d'autre résultat que d'amener la protestation que vous venez d'entendre, que je me déclarerais satisfait.

Mais alors, puisqu'il en est ainsi, où voulez-vous en venir avec les exemples que vous nous citez? Voulez-vous mettre en garde les chirurgiens contre les opérations hasardeuses? leur dire : Défiez-vous des opérations sur les tuberculeux, elles ont des inconvénients, et elles sont rarement curatives; ne faites ces opérations qu'avec la plus grande réserve, ayez-en peur, parce que, sous l'influence du trauma, vous pouvez faire apparaître certains

accidents ? Dites-le, et nous le dirons avec vous, mais alors que ce soit dans une certaine mesure, et que votre discours ne ressemble pas à une interdiction.

En d'autres termes, j'aurais voulu que vous pussiez éviter cette vigueur d'affirmation, qui tranche avec la sage réserve que vous adoptez, lorsque vous déclarez, à la fin de votre discours, qu'il y a dans cette question une foule d'inconnues, et qu'il vous est impossible de dire pourquoi tel individu reçoit le contre-coup de sa blessure, alors que, chez l'autre, elle reste tout le temps à l'état simple.

Quoi qu'il en soit, la conséquence la plus certaine de toute cette discussion, c'est qu'abandonnant le terrain un peu mouvant de la pathologie générale, nous nous attacherons plus et mieux encore que par le passé à rechercher, comme l'avait fait Paget, les contre-indications opératoires tirées de l'état constitutionnel de nos malades; nous dresserons avec plus de soin leur inventaire organique et fonctionnel, et nous acquerrons une connaissance de plus en plus exacte de la valeur réelle de chacune de ces contre-indications.

Tout cela est considérable, et nous devons remercier M. Verneuil des recherches dont il nous a fait part sur ces sujets, bien que ces recherches nous aient été présentées sous des formes appelant parfois la contestation, du moins quant aux délais.

M. Marjolin. J'ai toujours été et je suis encore très partisan de l'emploi des appareils qui maintiennent les malades dans un repos absolu; seulement, à un même moment, ayant observé chez quelques enfants traités de cette manière, des cas de méningite, je me suis demandé si le repos absolu par trop prolongé, ne pouvait pas favoriser le développement de cette affection, et si la méthode de M. Verneuil, qui permet à certains malades de marcher, n'était pas préférable.

Une longue expérience m'ayant démontré que les faits malheureux que j'avais observés à un même moment, n'étaient nullement dus à l'immobilisation prolongée, mais qu'il n'y avait eu qu'une simple coïncidence fortuite, j'ai continué à traiter les coxalgies par le repos absolu, en me servant d'appareils divers appropriés soit à l'âge, soit au genre d'affection, et je dois dire que je n'ai eu qu'à me louer de cette méthode.

M. Verneuil. Je répondrai à M. Trélat; mais afin de circonscrire le débat, je me bornerai, dans ma réponse, à traiter de l'influence du traumatisme sur la tuberculose.

Maintenant, avant de lever la séance, permettez-moi de vous faire remarquer encore une fois que je ne saurais être responsable

que des opinions que je signe, et que si M. Trélat a été impressionné d'une certaine manière, à la suite de ma communication, c'est qu'il m'a prêté des opinions que je n'ai pas, ou qu'il a confondu deux choses absolument distinctes : les constatations de faits et les interprétations. Sur les constatations, j'ai été très affirmatif, très net et je le suis encore, mais sur leur interprétation, — et ce sont surtout les interprétations que l'on me reproche, — j'ai été aussi prudent que possible.

Présentation de malade.

Malformation du gros orteil gauche. — Amputation. Guérison par réunion immédiate,

Par M. POLAILLON.

Le nommé R. Émile, âgé de 20 ans, portait sur le bord interne du pied gauche, un gros orteil difforme et articulé perpendiculairement à la direction du premier métatarsien. Cet os, qui est un un peu plus volumineux que celui du côté opposé, se terminait en avant par une extrémité arrondie, comme s'il y avait eu une désarticulation du gros orteil. Le gros orteil, au lieu de continuer la direction du métatarsien, s'implantait à angle droit sur la face interne de la tête articulaire. Il avait une configuration anormale : sa première phalange étant implantée perpendiculairement au métatarsien, sa deuxième phalange s'articulait à angle droit avec la première et se dirigeait d'avant en arrière parallèlement au premier métatarsien.

On pourrait croire que cette disposition a été produite peu à peu depuis l'enfance par une chaussure mal faite, qui aurait déjeté l'orteil en dehors et aurait en même temps infléchi sa dernière phalange en arrière. Mais il n'en est rien, car la malformation existait depuis la naissance. En outre, sur la face postérieure de l'orteil anormal, et séparé de lui par une dépression cutanée, on trouvait un autre orteil surnuméraire, petit et atrophié.

Ces deux orteils, soudés l'un à l'autre, jouissaient de mouvements de flexion du côté de la face plantaire et de mouvements d'extension qui les redressaient sur le bord interne du pied. La peau, qui les recouvrait, possédait la sensibilité commune.

Ils constituaient une difficulté extrêmement gênante pour la marche. Cette gêne avait augmenté avec l'âge. Dans ces derniers temps une marche un peu prolongée demeurait impossible et occasionnait des douleurs dans le pied et dans la jambe.

Les parents d'Émile R. ne présentent aucune malformation. Son pied droit est bien conformé, ainsi que les quatre derniers orteils du pied gauche. Notons, sans y attacher de l'importance, qu'il attribue sa malformation à ce que sa mère, étant enceinte de lui, a été serrée entre une voiture et la devanture d'un magasin.

L'opération, faite le 12 mai 1883, a été des plus simples. Une incision dorsale et une incision plantaire circonscrivent les orteils à enlever. La désarticulation se fait ensuite avec une grande facilité en laissant les os sésamoïdes. Suture métallique; drain.

Examen des orteils enlevés. — La peau qui les recouvre est



épaisse, calleuse. Un ongle bien formé existe sur la face dorsale. Le panicule graisseux de la face plantaire est abondant.

Le gros orteil est pourvu de deux tendons, un extenseur et un fléchisseur. Ceux-ci présentent, tous les deux, le même trajet et la même disposition : arrivés à l'extrémité antérieure du premier métatarsien, ils s'infléchissent en dedans, s'attachent par une expansion à l'extrémité antérieure de la première phalange, puis se coudent une seconde fois pour aller s'attacher à la deuxième phalange. Ils agissent sur les phalanges à la manière d'un fil de sonnette. L'articulation métatarso-phalangienne a la disposition

normale, elle est seulement située sur le côté de la tête métatarsienne. L'articulation phalangienne est déformée.

L'orteil surnuméraire est représenté par une phalange aplatie, de forme triangulaire, longue de deux centimètres, dont la base est réunie par des tissus fibreux à la seconde phalange du gros orteil, et dont l'extrémité porte l'insertion d'un tendon, qui représente un muscle extenseur.

Présentation d'instrument.

M. Nicaise présente de la part de M. Léon Tripier, professeur à la Faculté de Lyon, un instrument destiné à faciliter tout à la fois la pratique des contre-ouvertures et l'établissement des drains.

Voici la façon de s'en servir :

1er *temps :* On introduit une sonde cannelée suffisamment forte par la première ouverture qui a été pratiquée dans un foyer ou une cavité quelconque, et on la fait pointer dans l'endroit où doit être établie la contre-ouverture, avec un bistouri ordinaire, on incise la peau seule dans une étendue proportionnelle à la grosseur du drain qu'on se propose de placer. Il suffit de presser plus ou moins sur la sonde pour la faire sortir par l'ouverture.

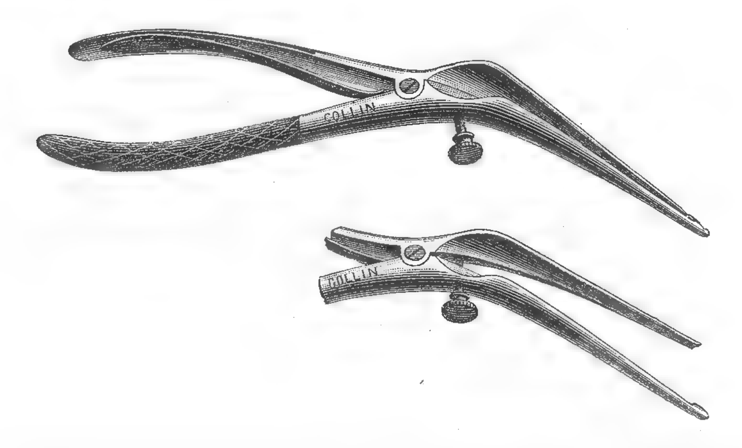
Sauf le cas où l'on se trouverait sur le trajet des vaisseaux principaux d'une région — ce qu'on peut et doit toujours éviter — il n'y a pas d'hémorragie à redouter.

2e *temps :* Saisissant entre le pouce et l'index de la main gauche l'extrémité de la sonde, on l'attire à soi autant que possible ; puis, prenant de la main droite le dilatateur-gouttière, les branches en haut, on engage son extrémité effilée dans la rainure de la sonde cannelée et on abaisse le manche de façon à placer les deux instruments dans une position voisine du parallélisme. Dès lors, il n'y a plus qu'à pousser le dilatateur sur la sonde tenue immobile pour la faire pénétrer aussi loin qu'on le désire.

Si l'on présentait le dilatateur les branches en bas, elles se rencontreraient forcément, à un moment donné, avec l'extrémité de la sonde, ce qui ne laisserait pas que de gêner la manœuvre.

3e *temps :* Ceci fait, on retire la sonde cannelée et l'on retourne le dilatateur-gouttière de façon à ce que les branches soient en bas ; on n'aura plus qu'à rapprocher ces dernières pour dilater le trajet et par suite établir un canal suffisant pour loger le drain qu'on veut placer.

L'instrument est construit de telle sorte qu'avec la seule pression de la main on est toujours assuré de vaincre la résistance des parties molles. — fût-ce les aponévroses les plus fortes — et cela, sans crainte d'hémorragie.



4° *temps :* Reste à placer le drain : l'instrument est saisi de la main gauche et l'on presse sur les branches de façon à produire un écartement convenable ; il en résulte une véritable gouttière sur laquelle on conduit le drain au moyen de la pince de Lister. Dès lors, on tire à soi le dilatateur-gouttière, puis, la main gauche devenue libre saisit le drain qu'elle maintient en place ; on retire la pince et l'opération est achevée.

Au besoin, on peut rendre fixe l'écartement des branches du dilatateur-gouttière en se servant de la vis de pression ; mais, avec un peu d'habitude, on arrive à s'en passer. Cependant, en l'absence d'aide, surtout si le malade n'est pas endormi, on facilitera toujours ainsi la manœuvre.

Si, dans le 1er temps, on ne pouvait pas procéder commodément de dedans en dehors, rien n'empêcherait de commencer par inciser la peau seule ; puis, par cette ouverture on introduirait la sonde cannelée dont la pointe serait reçue sur le doigt placé dans la cavité. Autrement dit, on agirait de dehors en dedans. Pour les autres temps, il n'y a rien de changé.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 13 Juin 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, pour 1882 ;

3° *Revue semestrielle du service de M. le Dr van Hoeter, à l'hôpital Saint-Jean* de Bruxelles, offerte par le Dr Alfred Lebrun ;

4° M. Tillaux offre à la Société, de la part de M. le Dr Denis-Dumont, chirurgien en chef des hôpitaux de Caen, un volume intitulé : *Du cidre*, propriétés médicales et hygiéniques.

Observation de trépanation chez un syphilitique. — Stérilité du traitement spécifique avant l'opération. — Efficacité très rapide après la trépanation. — Guérison.

Par Maurice Perrin (d'après les notes recueillies par son chef de clinique, M. de Santi, médecin aide-major très distingué de l'armée).

Le 28 mars 1878, on amena dans mon service d'officiers blessés, au Val-de-Grâce, un officier supérieur, d'apparence robuste, qui se présentait dans l'état suivant. La moitié gauche du front forme une saillie beaucoup plus considérable que celle du côté opposé. Cette tuméfaction diffuse, évidemment de nature osseuse, s'étend horizontalement de la ligne médiane à la fosse temporale et verticalement, de la racine des cheveux au rebord de l'orbite : au centre de cette vaste bosselure et à six centimètres de la racine du nez, existe une cicatrice déprimée, du diamètre d'une pièce de un franc, adhérente à l'os et au milieu de laquelle se voit une ouverture fistuleuse. Le stylet explorateur rencontre partout une surface osseuse, rugueuse, sans sequestres. L'orifice fistuleux est situé à huit centimètres de la circonvolution de Broca, à neuf centimètres de la base du sillon de Rolando, et à dix centimètres du Bregma. Il s'écoule par le trajet fistuleux une très petite quantité de liquide ;

mais elle communique manifestement par l'intermédiaire des sinus frontaux avec la fosse nasale gauche qui est le siège d'un écoulement sanieux, purulent, intermittent.

La démarche du malade est lourde, un peu incertaine; il accepte volontiers l'aide d'un bras. Du côté de la face, sans qu'il y ait à proprement parler une paralysie faciale, la commissure labiale droite est un peu abaissée, et le pli génio-buccal, moins profond; en outre, le malade, quand il parle, a la sensation d'une sorte de rigidité, de refus d'obéissance de la joue et de la commissure labiale droite.

Il existe depuis très longtemps une céphalalgie frontale continue gravative, occupant toute la région, qui est le siège du gonflement osseux indiqué plus haut; ces douleurs s'irradient vers le rebord orbitraire correspondant et dans le globe oculaire; elles deviennent plus violentes sous l'action des influences atmosphériques.

Mais le symptôme le plus accusé est une aphasie incomplète. Le malade se sent la langue pâteuse, épaisse. Parfois, lorsqu'il parle lentement, il arrive à articuler assez nettement les mots usuels, les phrases courantes; mais pour peu qu'il se presse ou qu'il veuille se servir d'un mot dont il a moins l'habitude, aussitôt il hésite, il bredouille et il se désole. Les lettres j, v, p, f et m lui sont particulièrement rebelles et il ne peut arriver à les prononcer qu'en recommençant le mot et en scandant lentement, fermement les syllabes. Souvent il exprime involontairement une syllabe ou en fusionne deux ensemble; plus rarement il substitue une lettre ou une syllabe à une autre. Parfois, il répète plusieurs fois la même syllabe quand il ne parvient pas à prononcer la suivante.

Cependant la conception des idées est parfaite; il a la notion réfléchie la plus complète du mot à employer; mais il ne peut donner à l'idée sa forme verbale. Pour l'écriture, il en est de même. L'idée exprimée par le mot est nette dans sa pensée, mais il ne peut parvenir à l'écrire.

La sensibilité générale et sensoriale sont en bon état; jamais de vomissements, de vertiges, d'accès épileptiformes, etc.

Voici ce que j'ai appris sur ses antécédents: Le 5 novembre 1854, cet officier reçut à la bataille d'Inkermann, sur la partie gauche du front, une balle qui ne fit que contusionner l'os. Le blessé perdit connaissance; mais il reprit ses sens quelques instants après et put continuer son service après quelques semaines de repos. Il lui restait toutefois de sa contusion un trajet fistuleux sur le front et un écoulement purulent et peu abondant par la narine gauche et une céphalalgie frontale, qui persistèrent pendant 25 ans.

En 1865 cet officier fit la campagne du Mexique ; il y contracta la syphilis.

En 1869 la cephalée devint plus violente. Le malade alla consulter Nélaton. A cette époque déjà le chirurgien constata une augmentation de volume considérable de toute la moitié gauche du frontal et avec un stylet introduit dans le trajet fistuleux, il reconnut des séquestres mobiles qu'il extraya en s'aidant d'une incision cutanée. A la suite de cette intervention, le blessé fut pris d'une hemiplégie faciale du côté droit. Mais cet accident ne dura que quelques jours et le malade éprouva une diminution notable dans l'intensité des douleurs. Toutefois la céphalée ne disparut pas complètement. L'augmentation du volume de l'os resta le même ainsi que le trajet fistuleux et l'écoulement nasal. Aucun traitement général ne fut institué.

En 1870, pendant les combats sous Metz, la céphalée frontale acquiert de nouveau une intensité très grande. Le bromure de potassium à haute dose amène un peu de calme. D'ailleurs ces crises douloureuses ne nuisaient en rien ni à la santé générale, ni aux fonctions cérébrales, à ce point que cet officier était devenu professeur dans l'une des écoles militaires et faisait des cours avec une lucidité d'esprit et une facilité d'élocution très remarquables.

Mais au courant de l'année 1877, vers le mois de juillet, son caractère subit une transformation. Il devint irascible, nerveux, peu agréable pour ses camarades. Au mois de janvier suivant, il consulta le médecin de l'école au sujet de douleurs sourdes au voisinage de sa blessure et dans la région de l'avant-bras. L'examen de ce dernier fit découvrir sur le radius un peu au-dessous du rond pronateur une tuméfaction très prononcée de l'os, sensible à la pression, douloureuse dans les mouvements, sans changement de couleur à la peau, présentant en un mot tous les caractères d'une exostose spécifique.

Le médecin apprit à ce moment que depuis un certain temps cet officier mettait un temps indéfini pour faire les moyennes des notes qu'il donnait aux élèves ; il les inscrivait mal, et dans l'appréciation afférente à chaque intéressé, qu'il devait écrire de sa main, on remarque un changement dans l'écriture, des mots et des lettres oubliées, des ratures, des surcharges, indiquant qu'il n'était plus sûr de la véritable orthographe.

Le malade fut soumis immédiatement à un traitement spécifique à haute dose. Au bout de trois semaines la periostite avait disparu, la cephalée était amoindrie, il y avait beaucoup de mieux. L'iodure de potassium fut néanmoins continué. Au commencement de mars, pendant qu'il faisait son cours, il fut subitement atteint

d'aphasie incomplète et obligé d'interrompre son enseignement. Très affecté de son état, impatienté, nerveux, violent, il demande à être évacué sur l'hôpital du Val-de-Grâce. Et c'est dans cet état que je le vis pour la première fois ainsi qu'il a été dit plus haut.

Malgré l'insuccès complet du traitement spécifique en ce qui concerne les troubles cérébraux, j'instituai immédiatement un traitement mixte à hautes doses, en choisissant de préférence les onctions mercurielles. Durant les premiers jours, le malade crut remarquer une légère amélioration; mais cet espoir dura peu. Dès le cinquième jour, les douleurs étaient revenues avec une grande intensité et l'aphasie s'accentuait de plus en plus. Huit jours plus tard, le malade ne pouvait que très péniblement prononcer quelques mots. Il était dans un découragement profond ; il pleurait et demandait avec instance qu'on le délivrât de son mal. La ressource suprême qui se présentait à mon esprit était l'ablation de tout le plateau hypertrophié du côté gauche du frontal, mais pourtant il n'y avait aucune indication précise de trépanation. L'exostose était à huit centimètres du siège du langage articulé; il n'y avait aucun accès épileptiforme. Les symptômes cérébraux, en dehors de l'aphasie, étaient plutôt ceux du début d'un ramollissement cérébral, etc., etc. Malgré tant de causes d'incertitude je me décidai à intervenir, et le 9 avril 1878, j'appliquai quatre couronnes de trépan qui me permirent de mettre la dure-mère à nue sur une surface longue de quatre centimètres et haute de deux centimètres. L'opération fut très laborieuse en raison de l'extrême dureté du tissu éburné de l'exostose. La tréphine, la scie et la gouge ne l'attaquaient qu'avec difficulté. La dure-mère et le cerveau étaient intacts. On fit sur la plaie un pansement à l'alcool.

Dans la soirée, le malade resta assoupi comme s'il était encore sous l'influence du chloroforme.

Le lendemain, l'aspect de la plaie était excellent, le malade prétend qu'il se sent la parole plus libre et le côté droit de la face plus souple.

Durant les jours suivants, l'état de la plaie est irréprochable; mais la température s'abaisse à 36°,4, il y a de la stupeur, du subdelirium, un peu d'agitation nocturne. Le membre supérieur droit est très affaibli, et le membre inférieur correspondant, très lourd.

Au 20 avril, la température est de 37° : le malade ne souffre pas; mais il est toujours assoupi. Le membre supérieur reprend de la force et la paralysie faciale a disparu. L'état local est toujours excellent : il n'y a ni douleurs ni empâtement autour de la plaie : la suppuration est modérée et de bon aloi.

Le 23 avril, les phénomènes de compression ont augmenté. Le

malade a déliré toute la nuit; le jour, il est affaissé, dans un état comateux, le côté droit est inerte.

Le lendemain les accidents ont disparu, à la suite d'un sommeil profond de douze heures, le blessé a repris pleine possession de lui-même pour la première fois, dit-il, depuis l'opération. La parole est encore très embarrassée : mais certains mots et certaines phrases sont articulés beaucoup mieux qu'avant la trépanation.

A la date du 10 mai, la plaie est réduite d'un tiers environ : il y a très peu de suppuration. La communication de l'ancien trajet fistuleux avec la narine est fermée. L'état général est excellent. Le malade peut se lever et se promener seul, ce qui était devenu impossible avant l'opération; il n'y a plus de paralysie du côté droit. Toutefois l'articulation des mots est toujours pénible. Les lettres p, m, v., en particulier sont difficiles à prononcer et le malade les supprime dans la plupart des mots. Il ne se rend compte de cette suppression que si on appelle sur elle son attention. Lorsqu'il parle très lentement, il arrive à articuler nettement, mais en s'appliquant ainsi à prononcer les lettres, il oublie bientôt les mots eux-mêmes et il ne peut achever sa phrase.

Le malade, à ce moment, fatigué du séjour à l'hôpital, va passer sa convalescence dans sa famille et je l'ai perdu de vue.

J'ai appris plus tard qu'il avait été repris d'accidents très graves sur la nature desquels à mon grand regret, je ne puis donner de détails précis, mais pour le traitement desquels il eut la bonne fortune de tomber entre les mains expérimentées de notre collègue, M. Le Dentu. M. Le Dentu le soumit à un nouveau traitement antisyphilitique et chose bien digne de remarque les accidents se dissipèrent progressivement et avec rapidité. La mémoire des mots se rétablit, la parole redevint libre et la santé florissante. J'ai revu cet officier dans une ville du Nord il y a deux ans. On ne se serait jamais douté des terribles épreuves qu'il avait traversées. J'ai tout lieu de croire que la guérison s'est soutenue jusqu'aujourd'hui.

Tel est le fait sur lequel je voulais appeler votre attention. Il est relatif, à un officier qui était porteur d'une exostose du côté gauche du frontal, vieille d'au moins quatorze années, pouvant être attribuée à une contusion de l'os par coup de balle reçu en 1854, ou à la syphilis, contractée au Mexique ou bien encore aux deux causes réunies. Cette exostose seule ou compliquée de quelque syphilose cérébrale avait occasionné des accidents cérébraux dont le plus important était représenté par une aphasie à peu près complète. Un traitement spécifique se montra tout d'abord impuissant. L'ablation de l'exostose fut suivie d'une amélioration qui ne fut que passagère : Mais ce même traitement repris après la trépanation fut suivi d'une

amélioration progressive qui, sans rechute nouvelle aboutit promptement à une guérison définitive jusqu'alors. La stérilité du traitement spécifique, si efficace en général contre les accidents syphilitiques cérébraux, mérite sérieuse attention. Il n'est pas surprenant qu'il ait été sans action sur le tissu éburné de l'exostose et sur les effets de la compression du cerveau exercée par elle. Mais pourquoi l'exostose enlevée par la trépanation, les accidents n'ont-ils pas disparu ; pourquoi, après une période d'amélioration sérieuse, est-il survenu une crise nouvelle aussi violente que les précédentes ? Il faut bien admettre ou qu'il existait une syphilis cérébrale, contemporaine de l'exostose et inattaquable par les spécifiques en raison de l'état de la nutrition du cerveau ou que la syphilis s'est développée après la suppression de l'obstacle qui comprimait le cerveau, entravait sa nutrition et dans des conditions nouvelles qui l'ont rendue très sensible au traitement spécifique. Quelque subtile que paraisse cette dernière interprétation, c'est encore à elle que je donne la préférence.

Discussion.

M. Després. M. Perrin vient de nous signaler un certain nombre de moyens thérapeutiques qui ont amené la guérison de ce malade, mais il a oublié d'en mentionner un, le plus important suivant moi, c'est : le temps. Il est positif que certaines manifestations cérébrales de la syphilis guérissent avec le temps, quel que soit le traitement employé.

Les malades placés dans ces conditions suivent pendant la longue durée de leur maladie, une foule de traitements, tous parfaitement inactifs, lorsqu'un jour ils tombent sur un médicament quelconque qui les guérit.

Le médecin qui les soigne alors ne manque pas, cela va sans dire, d'attribuer la guérison au remède employé ; moi, je dis : ce médicament a guéri parce qu'il est arrivé à la dernière période de l'évolution de la maladie, alors que, grâce au temps, la guérison spontanée était imminente.

J'ai vu des malades, paralysés depuis deux ans, guérir sans mercure ; par contre, nombre de malades traités par le mercure ont succombé.

Le traitement antisyphilitique qu'a employé M. Perrin n'a pas réussi, parce qu'à ce moment la maladie n'était pas arrivée à la phase de la guérison. Si le même traitement a réussi entre les mains de M. Le Dentu, c'est qu'il est arrivé plus tard, au moment où la maladie arrivait dans cette même phase.

Ce qui se passe pour la syphilis, se produit également pour le

lupus. Pendant quatre, cinq ans, on dirige toute espèce de traitement contre cette maladie, pommades diverses, teinture d'iode, préparations antiscrofuleuses, etc., rien n'y fait.

Un beau jour, intervient un dernier médicament, le malade guérit, et l'on dit que c'est ce médicament qui en est cause.

C'est encore une erreur. Ce lupus a guéri, parce que, lui aussi, il a une évolution déterminée, et qu'il était arrivé à sa période de curabilité.

M. Th. Anger. Je crois avoir assisté à l'opération pratiquée par Nélaton. Autant que je puis me le rappeler, il se borna à enlever des esquilles, et ne songea pas un seul instant à la syphilis.

M. Lucas-Championnière. L'observation de M. Perrin est intéressante, en raison surtout de cette combinaison de la syphilis et du traumatisme sur un même individu.

La guérison obtenue par le traitement, après la trépanation, est un fait bien curieux. Il semble que le traitement n'a pu avoir d'efficacité qu'après une modification de la circulation crânienne, produite par la large trépanation faite par M. Perrin.

Pour ce qui est de l'influence de ce même traitement dans les cas ordinaires, elle est incontestable. On ne compte plus les malades atteints d'accidents cérébraux, chez lesquels l'évolution de la maladie a été arrêtée par le traitement, sauf à récidiver plus tard, après cessation de ce même traitement.

Par contre, tous les syphiligraphes sont d'accord pour reconnaître que la marche fatalement progressive des accidents syphilitiques abandonnés à eux-mêmes, est un fait commun.

M. Horteloup. Je ne partage pas les opinions de M. Després relativement à l'impuissance absolue du traitement dans les syphilis cérébrales, seulement je reconnais qu'il faut distinguer suivant les lésions qui provoquent ces accidents.

Dans la syphilis cérébrale, il y a deux sortes de lésions : 1° des lésions franchement syphilitiques : artérite méningite commune ; 2° des accidents secondaires qui sont causés par les lésions syphilitiques, ramollissement ou épanchement.

Si l'on arrive à temps, si, au moment où l'on intervient, la syphilis n'a pas encore déterminé des lésions secondaires irrémédiables, le traitement réussit à merveille.

Si l'on arrive plus tard, si l'on essaie d'agir contre ces lésions organiques que la syphilis entraîne après elle, on va au devant d'un insuccès certain.

M. Marc Sée. Je suis également de l'avis que la trépanation pra-

tiquée par M. Perrin a été pour beaucoup dans l'efficacité du traitement institué peu de temps après par M. Le Dentu.

Tout le monde sait, en effet, que parmi les accidents syphilitiques, il en est un certain nombre qui sont difficilement améliorés par le traitement. Du nombre sont les exostoses éburnées analogues à celle observée chez le malade dont il vient d'être question.

On peut, dès lors expliquer ce cas de la manière suivante; M. Perrin ayant, par la trépanation, supprimé la lésion incurable, il est devenu facile à M. Le Dentu de faire disparaître la lésion curable, en employant un traitement approprié.

M. Trélat. J'ai souvenir de deux observations, relatives à des syphilis cérébrales, qui m'ont vivement frappées.

La première est relative à un médecin des hôpitaux, qui contracta la syphilis à la suite d'un toucher digital infectieux. Il eut une exostose crânienne à marche lente, mais fatale. Le traitement le plus énergique ne parvint pas à enrayer le mal, et notre collègue finit par succomber.

Longtemps après, j'eus à soigner une jeune femme également syphilitique, et à laquelle je ne pouvais m'empêcher de songer au moment où M. Desprès nous affirmait que la syphilis cérébrale avait une tendance naturelle à la guérison.

La maladie chez cette jeune femme, était de date récente et elle avait déterminé une série d'accidents, ecthyma, impétigo, etc., qui la rendaient méconnaissable. En outre, elle était enceinte; son enfant naquit syphilitique, et ne tarda pas à succomber.

Je la traitai; quoi qu'en dise M. Després, le traitement fit merveille, et ne tarda pas à la transformer.

Il lui restait cependant quelques maux de tête; ces accidents qui m'inquiétaient m'engagèrent à donner le conseil de continuer le traitement, malgré la guérison des accidents apparents. Ce conseil, que je renouvelai à diverses reprises, ne fut pas suivi, et cela par suite de préjugés au sujet desquels je n'ai pas à insister.

Les choses en étaient là, quand un matin on m'apprit que cette jeune femme venait de tomber aphasique et hémiplégique. M. Potain, M. Delpech et moi, nous instituames alors un traitement des plus énergiques : frictions, iodure, à dose rapidement croissante, dans le courant de la journée même. Au bout de quarante-huit heures, nous constatâmes une amélioration, mais peu après se produisit une seconde attaque et la malade succomba.

Je ne mets pas en doute un seul instant, que la mort de cette jeune femme doit être attribuée à l'entêtement avec lequel une partie de son entourage se refusa à suivre mes conseils.

M. Desprès. Je souscris pleinement à la distinction que vient de

faire M. Horteloup, lorsqu'il s'agit des accidents produits par la syphilis cérébrale. Certaines des lésions produites par la maladie sont définitives, et, par conséquent, inattaquables par le temps.

Mais il en est d'autres, et c'est à celles-là que j'ai fait allusion, qui peuvent se modifier d'une manière favorable pour le malade, par le seul fait de leur évolution naturelle.

De ce nombre sont les exostoses. Ces modifications heureuses sont liées au traitement, dites-vous? Je n'essaierai pas de vous convaincre du contraire. Vous êtes les dévots du mercure, je respecte votre religion, mais, pour moi qui suis un athée, sous ce rapport, je persiste a croire que c'est le temps seul qui agit. C'est le temps qui amène la diminution, l'usure des exostoses, des périostoses syphilitiques, et cela par un mécanisme identique à celui que nous observons tous les jours dans l'évolution du cal. C'est le temps seul qui permet au cerveau de s'habituer aux compressions qu'il subit, et de reprendre ses fonctions.

Pour ce qui est de la malade de M. Trélat, notre collègue me permettra de contester la valeur de son observation. Puisqu'il avait si complètement nettoyé cette jeune femme avec le mercure, comment se fait-il donc qu'il n'ait pas pu prévenir sa syphilis cérébrale ?

Est-ce bien, d'ailleurs, une syphilis cérébrale qui a été cause de cette mort? Et n'est-ce pas plutôt là une vulgaire attaque d'apoplexie?

M. Trélat. Une malade de vingt ans !

M. Després. On peut avoir des attaques d'apoplexie à tout âge, et comme l'autopsie n'a pas été faite, mon hypothèse est parfaitement soutenable.

M. Trélat. Aucun des médecins qui ont vu la malade, n'a hésité dans le diagnostic; il était malheureusement d'une grossière évidence. Vous êtes donc malvenu à récuser l'observation.

Vous m'objectez encore que le traitement qui avait guéri les acccidents superficiels, devait prévenir les accidents cérébraux. Mais, sans doute, il devait les prévenir, et c'est justement parce qu'on l'a cessé au moment de la guérison apparente que la malade est morte,

M. Després. Le nombre et la valeur des médecins consultants n'est pas une preuve suffisante de l'exactitude du diagnostic, surtout lorsque ces médecins sont dominés par l'idée de la syphilis.

Vous n'avez qu'à ouvrir les bulletins de la Société anatomique, et à chaque instant vous y trouverez des observations de syphilis

cérébrale, diagnostiquée pendant la vie, et à l'autopsie ou trouve que la mort est due à une autre cause.

C'est en me basant sur ces considérations, que je persiste à mettre en doute votre observation.

M. Trélat. Le doute est le commencement de la sagesse, aussi je me garderai bien de vous arrêter dans cette voie.

M. Perrin. Il ne s'agit pas ici du traitement de la syphilis en général. Notre conviction à tous — sauf M. Després — est faite à cet égard.

Aussi ne relèverai-je qu'un point dans l'argumentation de notre collègue. Il nous dit que les exotoses crâniennes se modifient d'une manière favorable avec le temps, que le cerveau s'y habitue, et que c'est là la cause des guérisons observées.

Cette opinion est pour le moins risquée, si elle s'applique à mon malade : le début de son exostose remonte à 1854, et c'est seulement en 1879, alors que cette exostose l'avait mis dans un état déplorable, qu'un traitement approprié — que ce soit à cause ou malgré la trépanation, peu importe — l'a très rapidement et très complètement guéri.

Rapport

Gangrène des deux pieds chez un cachectique paludéen — Glycosurie concomitante, double amputation. — Guérison,

Par M. le Dr Demmler, médecin en chef de l'hôpital de Guelma (Algérie).

Rapport par M. Chauvel.

L'importante communication de M. le professeur Verneuil touchant l'influence exercée par les traumatismes sur les diathéses et les propathies; l'intéressante discussion qu'elle a soulevée au sein de la société; ont engagé notre confrère de l'armée a vous adresser l'observation dont je viens de vous lire le titre. Je vais, aussi brièvement que possible, en faire connaître les points les plus importants. Un homme de 51 ans, ouvrier ambulant, buveur sans être alcoolique, employé à des travaux de terrassement dans un terrain éminemment palustre, est atteint pendant l'été de 1882, d'accès fébriles intermittents. A la fin du mois d'août, un accès pernicieux à forme délirante, nécessite son entrée à l'hôpital de Guelma. Il en sort au bout de trois semaines, amélioré mais non

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. *Le gérant :* G. Masson

guéri, pour retourner à son chantier. L'analyse des urines ne dévoile à ce moment aucune trace de sucre.

Bientôt les accès de fièvre reparaissent, et vers les premiers jours de novembre se montrent des fourmillements et des crampes avec une faiblesse progressivement croissante des membres inférieurs. Le 22 novembre, B... fléchit sous le fardeau qu'il portait, tombe à terre sans pouvoir se relever, et, après avoir été exposé à une pluie glaciale pendant un temps qui n'est pas spécifié dans l'observation, est de nouveau conduit à l'hôpital de Guelma. Le Dr *Demmler* constate alors une cachexie paludéenne avancée, et une mortification des deux pieds s'accompagnant de douleurs violentes dans les membres inférieurs.

Les urines sont examinées le 20 décembre, et l'analyse y décèle, dit notre confrère, une très forte quantité de sucre. La glycosurie était-elle de date ancienne ? S'appuyant sur le résultat négatif de l'examen pratiqué quatre mois (et non deux mois) auparavant, le peu d'amélioration obtenu par un traitement général approprié, notre collègue admet que la glycosurie était d'origine récente, et qu'elle dépendait de la gangrène des extrémités, encore incomplètement limitée, bien qu'un sillon éliminateur commençât à se former. A partir de ce jour, un traitement antidiabétique est mis en usage, concurremment avec l'arséniate de soude. Le 26 décembre, les urines contiennent 8 grammes 50 de sucre par litre, environ 13 grammes par jour.

Le 2 janvier, la proportion s'élève jusqu'à 11 grammes par litre d'urine ; la gangrène, toujours mal limitée, remonte au-dessus des malléoles. Craignant une issue funeste, et s'appuyant rapidement sur la pensée que la glycosurie dépendait de l'état cachectique occasionné par une suppuration abonnante et fétide, le Dr *Demmler* pratique, le 5 janvier, l'amputation de la jambe gauche, au lieu dit d'élection, dans des tissus déjà altérés. Malgré une hémorragie en nappe qui se répète dans la journée et ne cède qu'au perchlorure de fer, le patient est soulagé par cette opération. Pansement phéniqué ouvert.

Dès le lendemain (6 janvier), l'urine ne contient plus que 7 grammes de sucre par litre. Gangrène d'une partie de la manchette ; pulvérisations phéniquées et pansement ouvert. Le 11 janvier, l'analyse indique 6 grammes de glycose ; l'état général s'améliore, la plaie se déterge peu à peu. Encouragé par cette amélioration si nette, notre confrère se décide, le 23 janvier, à amputer la jambe droite à sa partie moyenne. Méthode circulaire comme dans la première opération, pansement à l'alcool.

Le moignon gauche est régularisé par la résection de près de 3 centimètres du tibia et du péroné. Les accès de fièvre ont dis-

paru, la quantité de sucre est tombée, le 27 janvier, à 4 grammes par litre. Pulvérisations phéniquées prolongées à partir du 7 février, par crainte d'érysipèle; pansements rares; la guérison est complète des deux côtés à la fin du mois de mars. Notons qu'à la date du 2 février, l'urine ne contenait plus que des traces de glycose; que ces traces mêmes avaient disparu le 4 février, et que, malgré une alimentation abondante et dont le pain constituait la base, les analyses pratiquées depuis ce moment furent toujours complètement négatives.

Notre confrère fait suivre son observation, que j'ai brièvement résumée, n'insistant volontairement que sur les points intéressants pour la discussion en cours, des réflexions suivantes: « Si nous réunissons les principaux faits notés dans cette observation, nous voyons: Un homme profondément cachectique, atteint de gangrène des deux jambes, disposé à la glycosurie par le fait de la cachexie; mais glycosurique seulement depuis que la gangrène était survenue. L'opération, qui semblait contre-indiquée, réussit et place le malade dans des conditions favorables de guérison. La glycose qui existait dans les urines avant l'opération diminue de quantité dès qu'on enlève un des membres gangrenés, et disparaît complètement après l'amputation de l'autre membre. Dira-t-on que ce phénomène est le fait du traitement et de l'amélioration générale? A cela, je répondrai: qu'il est rare de voir un cachectique aussi avancé trouver dans la médication, quelle qu'elle soit, une amélioration aussi rapide après quinze jours de traitement. Si la glycosurie avait tenu uniquement à la cachexie, elle n'aurait disparu qu'après un temps beaucoup plus long, alors que la cachexie eût elle-même été influencée par le traitement prolongé pendant des mois.

« Ce qui semble encore prouver que la gangrène était bien aussi une des causes de l'apparition du sucre dans les urines de ce malade, déjà disposé à la glycosurie par le fait de son impaludisme, c'est que, deux mois avant son entrée, on n'avait noté aucune trace de sucre dans les urines. Enfin, comment ne pas admettre l'influence des foyers gangréneux, quand on voit le sucre diminuer du jour au lendemain par le fait de la suppression d'un des foyers gangréneux, et disparaître complètement quand le second est enlevé.

« Je crois donc que, dans certains cas, quand on rencontre la glycosurie chez un homme atteint de gangrène, il faut tout d'abord rechercher si cet homme est glycosurique par le fait d'une diathèse diabétique, ou si la glycosurie n'est qu'un épiphénomène produit par les troubles apportés dans la nutrition générale par l'existence du foyer gangréneux. Faute de discuter cette hypothèse et d'inter-

préter judicieusement les conditions dans lesquelles se trouve le malade, on lui enlève des chances de salut.

« En un mot, je pense que, dans cette importante question de l'influence des états constitutionnels sur les traumatismes, il faut rechercher surtout si la diathèse est réelle ou s'il y a simplement les apparences d'une diathèse. L'observation ci-jointe est une preuve de l'importance de ce fait de diagnostic. »

Messieurs, l'observation de M. *Demmler* soulève de multiples questions, et votre rapporteur aurait trop à faire, s'il prétendait aborder ici tous ces problèmes. De ce fait intéressant, je ne veux retenir que les points suivants signalés par l'observateur.

Parlant de l'existence de la glycosurie chez les paludiques, notre confrère, placé dans un poste où les affections palustres sont excessivement nombreuses, dit que cette coïncidence n'est pas commune. « J'ai bien fréquemment analysé les urines de malades atteints soit d'accès récidivés ou de première invasion, soit de cachexie paludéenne avancée, et je n'ai trouvé que deux ou trois fois des traces de sucre. » Je me rattache, pour ma part, à cette opinion, n'ayant point eu jusqu'ici la chance de rencontrer de glycose dans les urines des paludiques assez nombreux qui sont entrés dans mon service depuis trois ans. M. le Dr *Sorel*, attaché à l'hôpital militaire de Sétif (Algérie), a publié dans la *Gazette hebdomadaire* de 1882 les résultats d'une enquête poursuivie pendant des mois, avec le plus grand soin et dans les conditions les plus variées. Il est également arrivé à cette conclusion que l'existence du sucre dans l'urine des paludiques est un fait rare, j'allais dire exceptionnel.

C'est, je le crois, cette conviction, déjà ancienne chez lui, qui a conduit M. *Demmler*, dans le fait qu'il nous a communiqué, à se demander si la glycosurie était bien le résultat de la cachexie palustre. Pour lui, la réponse est négative, et je vous ai donné les raisons sur lesquelles il appuie son opinion. Je ne les crois pas aussi convaincantes que les estime notre honorable confrère. Pendant les quatre mois qui se sont écoulés entre l'accès pernicieux et la rentrée du malade à l'hôpital, l'analyse des urines n'a pas été pratiquée. Depuis un mois, B... était en traitement à Guelma, quand l'examen a décelé la présence du sucre en quantité assez considérable. Il est donc possible que la glycosurie ait précédé les accidents gangreneux, et, pour moi, je me déclare incapable de me prononcer sur ce point.

Mais, que la glycosurie ait précédé ou suivi la mortification des extrémités inférieures, que la gangrène ait été les résultats du diabète compliquant une cachexie paludéenne avancée, ou, comme l'admet M. *Demmler*, que la glycosurie ait été la conséquence du

processus gangreneux, ce qu'il importe de noter, au point de vue de la discussion en cours, c'est la diminution et bientôt la disparition totale du sucre dans les urines, à la suite de la double amputation pratiquée. Faut-il admettre cette influence favorable, je pourrais dire curative, du traumatisme sur la marche de la glycosurie ?

Le point de départ de la communication de M. le professeur *Verneuil* est un fait recueilli par M. *Redard,* fait où une albuminurie antérieure s'est aggravée sous l'influence d'un traumatisme opératoire. Notre éminent collègue, en commentant cette observation, en y joignant des faits nombreux recueillis avec le plus grand soin, paraissait avoir pour but de démontrer l'aggravation des propathies sous l'influence des traumatismes de toute nature. Mais, dans la suite de la discussion, nous l'avons vu, élargissant la question, embrasser dans une formule plus générale l'action des lésions traumatiques sur les états constitutionnels, sur les diathèses, et même sur les affections morbides des appareils et des organes. Et cette formule générale, si j'ai bien compris sa pensée, peut être résumée dans les termes suivants : les traumatismes aggravent souvent, améliorent parfois les propathies, parfois aussi n'ont sur leur développement aucune influence appréciable.

Personne parmi nous, je le crois, ne contestera la vérité de cette loi ainsi formulée, mais, avec MM. *Richelot, Polaillon, Trélat,* je suis forcé de dire qu'au point de vue théorique, comme au point de vue pratique, elle ne me paraît pas éclairer d'une bien vive lumière la question en litige. Ce qu'il importerait de connaître, ce que M. le professeur *Verneuil,* avec sa grande expérience et son esprit sagace, pourrait peut-être déterminer, ce qui ne me paraît pas ressortir jusqu'ici de la discussion, et ce que nous aurions tous le plus grand intérêt à voir préciser, ce sont les conditions qui font varier du mal au bien l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs. Peut-être est-ce trop demander à notre honoré maître? Et cependant, n'est-ce pas là ce qu'il cherche comme homme de science et comme praticien ?

Je ne veux pas avec lui examiner successivement l'influence du traumatisme sur les diathèses et les affections morbides des divers organes, je veux seulement constater que cette influence est des plus variables, sans que nous puissions actuellement en donner la raison. Si je prends pour exemples le tubercule et le cancer, quelles contradictions dans les faits. Ici, c'est un malade enlevé par une méningite tuberculeuse aiguë, foudroyante, quelques jours après l'ablation d'un foyer local de tuberculose, alors que sa santé générale était excellente, en apparence du moins, au moment de l'opération (M. *Polaillon*). Ailleurs, une tuberculose pulmonaire à

peine à ses débuts s'aggrave et tue le patient en quelques semaines, après une amputation pratiquée pour une arthrite fongueuse. Mais, d'un autre côté, que d'observations, comme les faits si intéressants de M. le professeur *Trélat*, de M. *Robert*, où l'ablation de la partie malade est suivie d'une amélioration marquée et persistante de l'état général, où le patient épuisé par les souffrances, cachectique, demi-mort, renaît, pour ainsi dire, à la vie.

Pourquoi des résultats si différents, des suites si opposées, dans des conditions semblables en apparence? Est-ce dans l'âge de l'affection, dans la période de la diathèse, dans l'état de débilitation du sujet qu'il faut en chercher la cause ? Aucunement, répondent les faits, puisque le cachectique guérit, pendant que le patient à peine atteint succombe parfois aux progrès devenus rapides de son mal. Est-ce dans l'intensité du traumatisme? Mais une opération relativement légère est suivie d'accidents mortels, tandis qu'après une grande amputation, l'état général s'améliore. Est-ce, enfin, dans la nature même du processus morbide que nous trouverons une explication de ces faits si dissemblables ? Dans la structure des tissus envahis ? Dans la constitution anatomique des parties atteintes ? Autant de questions qui me semblent, à l'heure actuelle, plus aisées à poser que faciles à résoudre.

De ce côté, cependant, il y a certainement des recherches très intéressantes à poursuivre, et nous devons garder la plus grande reconnaissance à M. le professeur *Verneuil*, pour avoir soulevé ces problèmes. Peut-être l'étude suivie des tuberculoses chirurgicales dans leurs rapports avec la disposition anatomique des parties, la circulation sanguine et lymphatique, l'âge, le sexe, les antécédents héréditaires et les conditions d'existence des malades, conduira peu à peu à en trouver la solution. Je n'insiste pas sur ces points particuliers que la contagiosité de la tuberculose, sa nature parasitaire aujourd'hui acceptée, rendent encore plus intéressants à élucider.

Sommes-nous plus instruits en ce qui concerne le cancer et l'influence des traumatismes chez les cancéreux ? J'hésite à me prononcer pour l'affirmative. Ici encore les résultats du trauma sont variables. Une fracture simple, une fracture compliquée, amènent-elles constamment une accélération dans les progrès du mal ? Non, si le carcinome siège en un point éloigné de la lésion traumatique. L'ablation d'une tumeur bien limitée, chez un sujet non cachectique, est souvent suivie d'une guérison temporaire, je le veux bien, mais qui peut durer des années. Je ne parle pas des opérations incomplètes, coups de fouet véritables pour la propagation du mal ; je laisse de côté l'intervention chirurgicale dans la période cachectique, quand tout fait prévoir une issue rapidement fatale. Dans

ces conditions, les accidents sont presque nécessaires, et notre honoré maître insiste avec raison sur ce point. Mais, en dehors de ces conditions particulières qui constituent des contre-indications absolues : impossibilité d'enlever tout le tissu morbide, cachexie evidente, épuisement du sujet, quelle conduite tenir, par quels signes reconnaître que l'opération sera nuisible ou profitable ? Pour moi, je ne le sais pas, et je serais fort désireux de l'apprendre.

Du reste, il suffit de rechercher dans quelles conditions meurent ces opérés, pour comprendre combien ces questions sont obscures jusqu'ici. Le traumatisme développe chez les tuberculeux une poussée de tuberculose méningienne ou pulmonaire, il accélère la marche du processus dans les poumons déjà envahis, il tue par une aggravation des manifestations diathésiques. Chez les cancéreux, son action n'est plus la même. Si un certain nombre d'opérés succombent par le développement ou l'accroissement rapide des tumeurs carcinomateuses, dans des organes nécessaires à la vie, par la généralisation de la diathèse, combien meurent de toute autre façon ; combien chez lesquels la nécropsie ne montre que des lésions vulgaires, congestions pulmonaires ou céphaliques, pneumonies bâtardes, absolument indépendantes de la diathèse cancéreuse.

Messieurs, je ne veux pas pousser plus loin ces remarques. Je ne comptais pas, après les maîtres éminents qui l'ont soulevée et soutenue, prendre la parole dans cette discussion. Le rapport dont vous m'avez chargé m'y a presque forcément contraint, et l'observation si intéressante de M. *Demmler* m'a suggéré ces quelques réflexions. Quelle que soit l'interprétation que l'on veuille donner à ce fait, il démontre que, même dans les conditions les plus défavorables en apparence, chez un homme âgé, alcoolique paludique, glycosurique, profondément cachectique, l'intervention chirurgicale la plus grave a donné des résultats aussi heureux qu'inattendus ; il montre que le traumatisme n'a pas toujours de funestes effets; et qu'il ne faut jamais désespérer.

Ayant résumé l'observation de notre confrère dans ses parties essentielles et donné place dans ce rapport à ses réflexions, je vous propose, messieurs :

D'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication, et de déposer son travail dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Bazy lit un travail intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Polaillon, Tarnier, Monod, rapporteur.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 20 juin 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine ;*

2° *Traité clinique de l'inversion utérine*, par M. DENUCÉ, doyen de la faculté de médecine de Bordeaux, membre correspondant de la société de chirurgie;

3° Le tome VII des *Bulletins de la société de médecine légale de France;*

4° M. Trélat offre, de la part de M. Bouloumié, de Vittel, une brochure, datant de 1878, intitulée : *Médication hydro-minérale* de Vittel, dans laquelle M. Bouloumié a démontré que l'emploi des eaux de Contrexeville et de Vittel était un moyen inutile pour le diagnostic des calculs vésicaux, et souvent dangereux, car il peut être le point de départ de graves accidents inflammatoires (p. 21) ;

5° Observation de hernie inguinale gauche, congénitale, étranglée; marche rapide, opération, mort; par M. DAMALIX, interne des hôpitaux. (Rapporteur : M. Trélat.)

Communication.

Statistique intégrale du service de chirurgie de la Charité,
année 1882,

Par M. DESPRÉS.

Cette année, comme la précédente, je donne à la Société la statistique des opérations, plaies et inflammations graves traitées par les anciennes méthodes de pansement. Cataplasme, diachylum et pansement à l'eau alcoolisée :

Nombre de malades traités, 542.

Morts, 37.

Voici les morts : 5 malades sont morts moins de 24 heures après leur entrée, sans que je les aie vus :

Fractures du crâne, 3.

Hernie ombilicale, péritonite, 1.

Déchirure du mésentère, hémorragie abdominale, 1.

7 sont morts de maladie médicale :

Fièvre typhoïde, 1.

Ramollissement cérébral, 2.

Catarrhe suffocant, 1.

Cirrhose du foie, 1.

Pneumonie, 1.

Vieillesse (85 ans), 1.

Convalescente gardée à l'hôpital en attendant son admission à la Salpêtrière.

18 malades ont été traités plus ou moins de temps et ont succombé ainsi :

Rupture de l'intestin grêle, péritonite adhésive, mort en trois jours, 1.

Fractures compliquées de plaies : cuisse, coude, mâchoires; chute du cinquième étage; pneumonie, lobulaire à gauche, érysipèle léger la veille de la mort (cas d'infection purulente avec un seul abcès métastatique dans le poumon 1).

Phlegmons gangreneux de la cuisse, amené du dehors avec des escarres multiples, septicémie lente; goutteux.

Abcès froids par congestion, tubercules pulmonaires, 2.

Abcès profond de la jambe, catarrhe pulmonaire chronique, 1.

Coxalgie, tubercules pulmonaires, 2.

Tumeur blanche du genou, amputé neuf mois auparavant, tubercules pulmonaires, 1.

Grosse prostate, fausses routes cystite et néphrite, 1.

Cancers de l'utérus inopérables, 2.

Sarcome généralisé, récidive de sarcome de l'omoplate, 1.

Cancer de la langue et des ganglions du cou et du médiastin; asphyxie, trachéotomie. Malade cité plus loin, 1.

Anthrax de la nuque, fièvre, délire; 60 grammes de sucre pour 1,000, 1.

Péritonite, suite d'hématocèle cataméniale, 1.

Otite interne, carie du rocher et du temporal, polype enlevé en ville, encéphalite, 1.

Gangrène sénile, artérite, athérome artériel, 1.

Enfin nous avons eu 7 décès sur nos 82 opérés.

I.

OPÉRATIONS. — *Amputations et résections.*

Cuisse, 3 ; guéris, 2.

Les 2 guéris, opérés pour tumeur blanche du genou.

1 mort, malade, blessé, en état de délire, suite de pachyméningite ; fracture avec plaie du genou gauche et de la jambe droite, amputation de la cuisse gauche : mort par le cerveau ; l'aphasie et la pachyméningite ont continué.

Bras, 1 ; mort, 1.

Fracture du bras, sans plaie, thrombose artérielle ; la circulation ne se rétablit pas ; gangrène du bras et du moignon de l'épaule, amputation pendant la septicémie, continuation de la septicémie et érysipèle existant déjà au moment de l'opération.

1 amputation du bras avec l'omoplate, 1 guéri.

1 amputation sous-astragalienne, 1 guéri.

1 résection du corps de la mâchoire, 1 guéri.

1 résection de la tête de trois métacarpiens, 1 guéri.

Toutes ces plaies, pansées avec le dyachylum et l'eau alcoolisée.

Ablation de tumeurs avec l'instrument tranchant.

Amputation du sein avec ou sans ganglions, 14 ; guéris, 11.

1 mort de pneumonie franche du lobe inférieur droit ; il y avait d'ailleurs une lymphangite cancéreuse des deux poumons.

1 mort d'urémie aiguë, suppression d'urine, délire et coma ; la malade avait une néphrite double, interstitielle et parenchymateuse;

la malade avait été préparée à l'opération par la diète lactée, les purgations légères pendant 20 jours.

1 mort de septicémie aiguë avec érysipèle bronzé. Il s'agissait d'une malade usée, et le premier jour un léger écoulement de sang avait effrayé l'interne ; le premier pansement avait été défait sans qu'il ait été besoin de lier de vaisseaux.

Il y eut un autre érysipèle chez une malade guérie.

Adénites chroniques, volumineuses, de l'aisselle, érysipèle circonscrit, 1 ; guéri, 1.

Lymphosarcome de la fesse, récidive, large ablation, 1 ; guéri 1.

Sarcome de la plante du pied, 1 ; guéri, 1.

Sarcome de la parotide, récidive, 1 ; guéri, 1.

Lipome (fesse, bras, nuque, dos), 4 ; guéris, 4.

2 gros moluscum de la face sur le même, 1 ; guéri, 1.

Kystes sébacés volumineux, fesse, cou, 2 ; guéris, 2.

Angio-sarcome du dos (gros comme une orange), 1 ; guéri, 1.

Cancroïdes des lèvres, 2 ; guéris, 2.

Cancer de la pointe de la langue, 1 ; guéri, 1.

Polypes de l'utérus, du volume d'un œuf, ablation avec les ciseaux, 1 ; guéri, 1.

Kyste synovial du pli du coude, 1 ; guéri, 1.

Ce malade est porté chez lui et a eu un érysipèle ; mais, revenu à l'hôpital, il y a guéri.

Sur 36 opérations avec l'instrument tranchant, 3 érysipèles, et 1 seul suivi de mort.

Ablation de tumeurs avec l'écraseur.

Cancer de la langue, ablation des 3/4 de la langue, 1 ; guéri, 1.

Tumeurs hémorroïdaires, 2 ; guéris, 2.

Cancer de la vulve; ablation, partie avec le galvano-cautère, partie avec l'écraseur, 1 ; guéri, 1.

Ablation de tumeur avec le galvano-cautère.

Ablation d'un cancer végétant du col de l'utérus, 1 ; guéri, 1.

Opérations spéciales.

Rétention des règles dans l'utérus, péritonites à rechutes, dilatation du col, 1 ; mort, 1.

Kyste uniloculaire de l'ovaire, ponction et injection iodée, 1 ; guéri, 1.

Hernies étranglées, 4. — Taxis, 3 ; guéris, 3.

Kélotomie, 1 ; mort, 1.

Oblitération de l'urètre, fistules multiples, urétrotomie externe sans conducteur, 1 ; guéri, 1.

Trachéotomie d'urgence; malade signalée plus haut. Mais la mort ne peut être imputée à la trachéotomie; l'asphyxie a continué, l'obstacle était dans la poitrine.

Trachéotomie préventive pour adéno-sarcome du cou. — Le malade a survécu 5 mois, 1; guéri de l'opération, 1.

Fistule vésico-vaginale, 1 ; guéri, 1.

Fistule sus-sphinctérienne à l'anus, opérée avec l'écraseur, 1 ; guéri, 1.

Fistules sphincthériennes et sous-sphinctériennes à l'anus, 5 ; guéris, 5.

Bec-de-lièvre unilatéral manqué dans l'enfance; opération à 23 ans, 1 ; guéri, 1.

21 opérations diverses, toutes suivies de guérison. — Ongle incarné, 2 ; ectropion, excision d'un lambeau de la paupière, 2; ectropion, suture des paupières, 1; ablation de loupes avec les caustiques, 3; hydrocèles, ponction et injections de teinture d'iode pure, 11 ; ablations d'amygdales, 2.

Je ne compte pas les ouvertures d'abcès chauds et froids, drainages, application de caustiques sur des cancers inopérables. Je passe sur les ongles incarnés enlevés à la consultation, les réductions de luxation, obtenues toutes sans chloroforme ni machines.

Total, 82 opérations : 3 érysipèles, 1 cas douteux d'infection purulente, 7 décès opératoires, dont 5 au moins ne doivent point être imputés aux complications propres de l'opération propre.

II.

PLAIES GRAVES.

7 grandes plaies de tête, avec contusion et décollement, 1 érysipèle, pansées avec le cataplasme, 7 guéris.

3 écrasements des doigts et de la main, pansement par occlusion avec le diachylum, 3 guéris.

3 plaies du gros orteil avec ouverture de l'articulation métatarso-phalangienne, pansement par exclusion avec le diachylum; 3 guéris.

1 section sous-cutanée de tous les adducteurs de la cuisse, vaste hématome, escarre de la peau, ouverture à la chute des escarres, cataplasmes ; 1 guéri.

1 fracture de la malléolle externe, ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, diachylum, atelle plâtrée immédiate, 1 guéri.

2 fractures compliquées des deux os de la jambe, avec plaie immédiate ou concentrée à la chute des escarres, diachylum, atelle plâtrée immédiate; 2 guéris.

1 fracture des deux os de la jambe, issue des fragments, résection de 2 centimètres du tibia, pas de fièvre; diachylum, atelle plâtrée immédiate, 1 guéri.

Plaies par armes à feu (balles de revolver n° 7.)

Plaie de la main, gaines des tendons ouvertes, et balle restée dans l'articulation métacarpo-phalangienne ; extraction de la balle, que l'on sentait sous la peau, occlusion avec le diachylum (guérison en 12 jours), 1 ; guéri, 1.

Plaie de la région sous-claviculaire, balle restée, cataplasmes, 1 ; guéri, 1.

Plaie pénétrante de l'abdomen et de la poitrine, balle restée dans le poumon, occlusion avec le diachylum (guérison en moins de 15 jours, 21 jours à l'hôpital), 1; guéri, 1.

Plaie par éclat de pistolet dans la main droite, deux métacarpiens brisés, ouverture de l'articulation du carpe, issue de nombreuses esquilles, pansement à l'eau alcoolisée, 1; guéri, 1.

III

INFLAMMATIONS GRAVES (traitées par les cataplasmes de farine de graine de lin).

2 anthrax sans diabète (gros anthrax du dos, anthrax de la lèvre inférieure), 2 guéris.

1 phlegmon de la cuisse et diabète, 1 guéri.

1 phlegmon gangreneux; malade cité dans les morts. (Voy. plus haut.)

5 abcès de l'aisselle, 1 érisypèle autour de la plaie de l'incision, longtemps après, 5 guéris.

8 adénites cervicales, incisées et drainées, 8 guéris.

4 adénites mammaires, dont une double, 1 érisypèle, 4 guéris.

2 abcès pelviens, 2 guéris.

1 abcès urineux, 1 guéri.

1 abcès sous-périortique aigu du fémur, 1 guéri.

Tous ces abcès ont été ouverts et drainés.

Voilà ma statistique intégrale. Je néglige les petites plaies, les

abcès sous-cutanés que j'ai incisés, les panaris, les abcès froids; on verra, du reste, par l'étude des causes de mort, que ces plaies et ces inflammations ne sont pour rien dans la mortalité.

Pustule maligne spontanément guérie,

Par M. Reclus.

Nous avons observé, à l'hospice de Bicêtre, la guérison spontanée d'une pustule maligne. Le fait est rare, et mériterait, à ce seul titre, d'attirer l'attention; mais il puise un intérêt nouveau dans les recherches dont il a été l'objet. Nous avons obtenu des inoculations positives qui nous ont permis de voir la bactéridie charbonneuse dans le champ du microscope. On ne saurait donc arguer ici d'une erreur de diagnostic.

D'ailleurs, au moment où l'on essaie une thérapeutique nouvelle basée sur les recherches étiologiques, il est bon de se rappeler que la pustule maligne peut évoluer sans mettre en danger l'organisme, et que, par conséquent, toutes les guérisons ne doivent pas être mises à l'actif du traitement. Certes, nous croyons l'acide phénique et la teinture d'iode efficaces, mais il serait peut-être excessif d'attribuer toujours le succès à l'actif de ces substances. Voilà pourquoi il nous semble utile de relater une observation où, sous nos yeux, la tumeur charbonneuse a disparu sans intervention d'aucune sorte.

Le 6 janvier, un jeune cuisinier de l'hospice de Bicêtre me consultait pour une tuméfaction de la région cervicale, qui ne l'inquiétait, du reste, que médiocrement. En montant dans nos salles, il cédait surtout aux instances de l'infirmier de service.

Notre malade, âgé de dix-huit ans, nous racontait qu'employé à la cuisine depuis onze mois, il aidait souvent à décharger les quartiers de viandes qui, placés sur l'épaule gauche, appuyaient directement sur le côté correspondant de la nuque découverte. Or, c'est au niveau de ce point de contact habituel que, six jours auparavant, le 31 décembre, il sentit, en se lavant le col, une petite saillie qui, le lendemain, devint le siège de quelques démangeaisons. Elle s'accrut un peu le jour suivant, mais comme elle était absolument indolore, son ami, infirmier de service, se contenta d'appliquer un cataplasme, et le jeune cuisinier n'en vaquait pas moins à ses occupations ordinaires.

Le mercredi 3 janvier, survint, dès le matin, une céphalalgie assez vive. Le malade est sans entrain, sans appétit; il continue

néanmoins son travail. Le soir, il est pris d'un frisson qui dure plus d'une heure; la douleur s'accuse et la tuméfaction du col augmente non seulement au niveau de la petite saillie primitive, mais en avant et au-dessous, par l'engorgement des ganglions de la région sterno-mastoïdienne. La déglutition en est gênée. Le jeudi et le vendredi, même inappétence, même malaise général, même tension et même douleur locales, mais sans nouveau frisson; les ganglions restent stationnaires. Enfin, le samedi, l'infirmier le conduit au service, où je l'examine.

Il existe du côté gauche de la nuque, à cinq centimètres en dehors de la ligne médiane et sur la lisière du cuir chevelu, une tuméfaction dont le centre est occupé par une escarre sèche et noirâtre, sorte de plateau légèrement déprimé en son milieu. Tout autour, sur un fond rouge, s'élève une couronne de vésicules du volume d'un grain de mil; elles dessinent un cercle régulier que double en certains points une nouvelle rangée de vésicules excentriques à la première. Les plus centrales sont remplie d'un liquide légèrement hématique, les plus périphériques contiennent une sérosité limpide. L'escarre, qui mesure 11 millimètres de diamètre environ, et la couronne de vésicules reposent sur une induration dont la largeur n'atteint pas 3 centimètres.

Il s'agissait évidemment d'une pustule maligne. Mais notre étonnement fut grand de constater l'excellence de l'état général. Notre malade n'avait pas cessé de travailler, même le jour où il avait eu un frisson. La douleur, pour le moment, était nulle, la température oscillait entre 37 et 37,4. La voie digestive était libre; au dire même du patient, la tuméfaction semblait s'affaisser et l'engorgement ganglionaire était moins dur. Aussi nous abstenons-nous de toute intervention, et nous retenons le malade dans notre service.

L'amélioration s'accentue chaque jour; les ganglions, d'abord agglomérés, s'individualisent; la rougeur se limite de plus en plus, l'aréole vésiculaire se dessèche; l'escarre se ramollit un peu, semble se retrécir, et laisse bientôt entre la peau et elle un sillon qui se creuse et s'élargit de plus en plus. Enfin, le 18 janvier, une cavité mince et molle du tissu sphacélé s'enlève, et l'on trouve au-dessous une surface détergée, granuleuse et déjà presqu'à niveau de la peau voisine. Cependant la cicatrisation n'est guère complète que le 31 janvier, époque où le malade nous quitte pour regagner sa cuisine.

Le diagnostic n'était pas douteux. Pour l'étayer plus solidement, il nous fallut cependant rechercher la bactéridie charbonneuse. A plusieurs reprises une piqûre fut faite aux doigts, à la jambe, au col; l'examen fut toujours négatif, ce qui ne nous étonna pas, car l'affection était restée toute locale; mais la sérosité lim-

pide ou hématique des vésicules et le liquide sénieux recueilli dans l'escarre nous donnèrent les mêmes résultats. MM. Capitan et Charrin, dont on connaît la compétence, ne furent pas plus heureux que nous ; on ne put jamais constater la présence de filaments immobiles, caractéristiques du charbon.

Voici, d'ailleurs, un résumé de la note qu'ils ont bien voulu rédiger pour nous : « Le sang de la circulation générale, recueilli avec les précautions ordinaires à la pulpe d'un doigt, ne montre que quelques éléments sphériques, sans caractère net. Le liquide des vésicules autour de l'escarre contient quelques éléments sphériques, immobiles, de nature incertaine. Le liquide huileux, pris sous l'eschare, est rempli des mêmes éléments qui ressemblent à des spores. Mais nous n'avons pas trouvé de bactéridie.

« Le sang, le liquide des vésicules et celui de la pustule, sont mis en culture dans du bouillon de bœuf stérilisé. Au bout de 24 heures, le bouillon s'est troublé, mais par des microbes autres que la bactéridie charbonneuse. L'inoculation de ces cultures à deux cobayes et à un lapin ne donne aucun résultat. Une seconde culture n'est pas plus heureuse. Une seconde inoculation provoque bien la mort d'un cochon d'Inde, mais par septicémie. »

Avant les recherches de MM. Capitan et Charrin, nous avons, avec M. Festal, interne du service, tenté diverses inoculations. La première sur un gros cobaye avec une goutte du sang du doigt; deux autres sur deux gros lapins avec du sang recueilli sous l'escarre. Ces trois animaux survécurent. Seul, un petit cobaye inoculé avec du liquide pris sous l'escarre meurt le troisième jour, le 8 janvier; sa rate est très volumineuse, mais l'examen du sang, fait peu attentivement, du reste, est négatif.

Le lendemain, un cobaye reçoit deux gouttes de sang pris dans le cœur de ce premier cobaye mort. Il succombe au bout de trente-six heures; son sang renferme des bactéridies, sa rate en est absolument remplie. De nombreuses inoculations sont faites soit directement avec son sang, soit avec des cultures de son sang, et elles sont toutes positives : les animaux meurent rapidement, et MM. Capitan et Charrin trouvent dans leurs viscères et dans leurs vaisseaux un véritable feutrage de longs filaments non fragmentés qui tendent peu à peu à se diviser en petits articles.

En résumé, dans les premiers examens du liquide, les premières cultures de ces liquides n'ont donné que des résultats négatifs ; l'inoculation sur un gros cochon d'inde et un des deux lapins est aussi infructueuse ; seule, une inoculation sur un petit cobaye a réussi. Encore un examen superficiel, il est vrai, ne permet pas de constater de bactéridie dans ce sang. Mais ce sang inoculé est fertile; la virulence s'accentue, et toutes les tentatives sont dé-

sormais positives. Ne pouvons-nous pas conclure que chez notre malade les bactéridies étaient assez rares pour échapper aux examens du microscope; que les liquides d'ensemencement n'en contenaient pas, et qu'une seule fois la lancette a saisi quelques éléments charbonneux que les cultures successives ont multipliées.

La guérison spontanée de la pustule maligne chez l'homme n'est pas chose nouvelle. Pasteur, dans l'un de ses mémoires, en cite un exemple qui remonte à 1796; Follin, dans son *Traité de pathologie externe;* Raimbert, dans son article du *Dictionnaire Jaccoud;* Denonvilliers, dans les *Compendium;* Rochoux, dans le *Dictionnaire en trente volumes*, font allusion à des faits semblables. Et, en Beauce, on parle de ces paysans qui, aux premiers symptômes de l'infection charbonneuse, se mettent dans le fumier de l'étable, mangent du pain blanc, boivent du vin pur et sortent parfois vivants de cette terrible aventure. Raphaël de Provins n'a-t-il pas vu guérir plusieurs malades par un illusoire traitement avec les feuilles de noyer? Or, comme le disait ici M. Farabeuf, il ne faudrait pas invoquer, pour expliquer ces cas, des erreurs de diagnostic renouvelées; car il s'agit ici d'un observateur sérieux dans une contrée où la pustule maligne est bien connue.

Dans leur célèbre *Traité des morsures,* Enau et Chaussier appuient sur cette guérison spontanée avec une insistance que leurs successeurs semblent avoir oubliée. « La pustule maligne, disent-ils, peut entraîner la mort en quelques heures; d'autres fois on l'a vue marcher d'un pas lent, durer douze ou quinze jours, et se terminer spontanément par les seuls efforts de la nature. Ces différences dépendent principalement de la disposition, de la force, du tempérament du malade, de la partie affectée et peut-être plus encore de l'intensité du poison sceptique. »

« Chez les bilieux et les mélancoliques, dont la fibre est sèche et ferme, » les accidents seraient rapides. « Chez ceux dont la fibre est molle et lâche et les sucs séreux abondants, » la marche est moins prompte, mais aussi fatale. « Chez les faibles, les cacochymes, les scorbutiques disposés à la dissolution du sang; chez les femmes enceintes, » la maladie est des plus redoutables. « Les sanguins » seraient les plus favorisés : si, chez eux, la pustule maligne parcourt rapidement les deux premières périodes, elle s'arrête plus facilement au commencement de la troisième. La pustule qui a pour siège la tête est plus grave que celle des membres; celle du col serait une des plus graves à cause du gonflement qu'elle provoque. La tuméfaction resserre l'œsophage, la trachée, et détermine la suffocation.

Enau et Chaussier étudient non seulement le terrain, mais aussi le milieu. « Les saisons ajoutent encore à la gravité des accidents :

les chaleurs excessives et les froids rigoureux rendent la maladie plus grave. Enfin, ils font même allusion à la nature du virus et à son activité plus ou moins grande. Ainsi, terrain, milieu, agent virulent, les trois termes du problème sont ici nettement indiqués.

Il est vrai que les réponses sont bien vagues, et les preuves manquent tout à fait. Mais aujourd'hui, après un siècle, nous ne saurions ajouter rien de plus, et nous en sommes encore aux hypothèses. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, pourquoi la pustule maligne, d'ordinaire si redoutable, a-t-elle évolué sans troubles généraux vers une guérison rapide? Faut-il en faire bénéficier le milieu, le virus ou le terrain?

Le virus était-il atténué? S'agirait-il ici d'une sorte de vaccination avec des bactéridies peu actives? En vérité, nous n'en savons rien; mais cette hypothèse ne nous séduit guère, car la seule inoculation positive a amené assez rapidement la mort. Il y avait évidemment ici peu de microbes, mais ceux qui existaient déjà devaient être doués d'une virulence normale.

Nous songerions plutôt à invoquer le terrain. La bactéridie charbonneuse, ensemencée dans un sol peu fertile, n'a pu proliférer à son aise. Le problème devrait donc probablement être posé en ces termes. Quelles circonstances favorables, quelle constitution intime, ont rendu les tissus réfractaires à la culture bactéridienne? Il faudra sans doute de nouveaux progrès pour que la chimie biologique puisse résoudre cette question. En tout cas, l'étude des antécédents de notre garçon, jeune, bien portant, sans diathèse dévoilée et sans tare appréciable, ne nous permet aucune induction sérieuse.

Discussion.

M. Desprès. Je ne conteste pas la possibilité de la guérison spontanée de la pustule maligne, et, pour mon compte, j'en ai observé deux cas incontestables.

Le premier des malades auxquels je fais allusion a été vu par moi au moment où l'escarre commençait à tomber, et c'est pour cela que je ne suis pas intervenu. Quant au second, il avait eu une pustule maligne de la paupière supérieure, une des variétés les plus graves, comme vous le savez. La maladie ayant été abandonnée à elle-même, il perdit les deux paupières, et c'est pour l'ectropion consécutif qu'il entra une année après dans le service de M. Velpeau.

Seulement ces cas-là sont rares, et, pour en admettre l'authenticité, il faut des observations très détaillées, permettant de se mettre en garde contre de nombreuses causes d'erreur.

Or, dans l'observation de M. Reclus, je constate un certain nom-

bre de circonstances qui me permettent de douter de l'exactitude du diagnostic.

Ce sont d'abord ces ganglions sterno-mastoïdiens signalés par notre collègue. J'ai observé un grand nombre de pustules malignes: à l'hôpital Cochin, j'en soignais quatre à cinq par an, et je n'ai jamais vu d'engorgement ganglionnaire. Rien que cela me fait me demander s'il ne s'agit pas simplement d'une écorchure irritée par le contact de la viande, soupçonnée charbonneuse.

Mais ce n'est pas tout: quand une pustule maligne guérit seule, l'élimination de l'escarre commence au neuvième jour; lorsqu'on cautérise, cette élimination commence plus tôt, vers le cinquième jour après l'opération. Or, l'escharre est tombée au bout de dix-neuf jours, sur le malade de M. Reclus.

En tout état de cause, j'estime qu'il serait très dangereux, au point de vue clinique, d'admettre que la pustule maligne guérit spontanément. Le danger serait d'autant plus grand, que cette affection ayant toujours à son début une grande apparence de bénignité, on pourrait se laisser très facilement entraîner à une regrettable abstention.

Un point qui me paraît d'une certaine importance, c'est que la pustule maligne est habituellement moins grave à Paris qu'à la campagne. J'attribue cette différence à ce fait qu'à Paris l'inoculation est généralement produite par les dépouilles d'animaux morts depuis longtemps, et que, dans ces conditions, le virus est beaucoup moins énergique que lorsqu'il provient d'animaux vivants, ou morts depuis peu de temps.

J'ai justement en ce moment dans mon service un malade dont l'histoire vient à l'appui de cette manière de voir.

C'est un cordonnier qui a contracté une pustule maligne de la tempe gauche en travaillant le cuir dont il se sert pour faire ses souliers. Je l'ai traité, inutile de vous le dire, aussitôt après son entrée à l'hôpital; et, pour cela, après avoir fendu son escarre en quatre, je l'ai fortement cautérisée avec des lanières d'amadou imbibées de chlorure de zinc. Dès le lendemain, il y avait une amélioration évidente, bien qu'on ait oublié de placer sur l'escarre, ainsi cautérisée, le bienfaisant cataplasme que j'avais ordonné. L'œdème periphérique avait disparu.

Une seconde circonstance non moins favorable à la guérison, c'est l'âge du sujet, et je ne serais pas étonné que cette circonstance n'ait joué un rôle important dans la guérison du malade de M. Reclus. Pour mon compte, j'ai observé huit cas d'œdème malin charbonneux des paupières, une des variétés les plus graves du charbon; un seul de mes malades a guéri, c'était un enfant de moins de

quinze ans; les sept autres sont morts, c'est parce qu'ils avaient dépassé cet âge.

Cette influence heureuse du jeune âge n'est, d'ailleurs, pas spéciale à la pustule maligne; tout le monde connaît la bénignité relalive des affections chirurgicales chez les jeunes enfants.

M. Championnière. Je commencerai par m'élever contre la proposition de M. Reclus, relativement aux feuilles de noyer, auxquelles il ne veut accorder aucune espèce d'influence thérapeutique sur la pustule maligne. Les guérisons à la suite d'applications de feuilles de noyer, nous dit-il, sont des guérisons spontanées, lorsque ce ne sont pas des erreurs de diagnostic.

Eh bien, telle n'est pas mon opinion: le traitement proposé par M. Raphaël, de Provins, n'a rien d'irrationnel; les feuilles de noyer contiennent un principe actif qui n'est pas la première chose venue. Les propriétés antiseptiques de ces feuilles, comme celles du brou de noix, sont connues depuis longtemps, et c'est peut-être à cause de cela qu'elles ont une certaine influence sur la guérison de la pustule maligne.

Quoi qu'il en soit, je ne nie pas la guérison spontanée de la pustule maligne, je crois même qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pense généralement.

Tout récemment, je lisais sur ce sujet un excellent mémoire d'un auteur russe, M. de Jarnowski, de Wasil-Soursk, qui, pour sa part, a observé soixante-trois pustules malignes. Lorsque ces pustules siègent sur les membres, nous dit-il, leur guérison est relativement fréquente. Les pustules faciales ou cervicales peuvent guérir également spontanément, mais cela est plus rare.

M. de Jarnowski a encore constaté que, toutes choses égales, d'ailleurs, la pustule maligne offrait une gravité variable suivant les individus atteints. Les uns paraissaient réfractaires à la maladie, en ce sens qu'ils vivaient dans les localités où la pustule maligne était fréquente, et qu'ils n'en étaient pas atteints, ou tout au moins l'étaient-ils légèrement. D'autres paraissaient avoir une prédisposition spéciale, puisqu'ils pouvaient contracter la maladie deux fois dans la même année.

Pour ma part, j'ai vu un cas de pustule maligne de la cuisse chez un étudiant en médecine, le traitement fut une cautérisation au thermo-cautère, mais peu profonde. La nature de la pustule n'a pas été vérifiée expérimentalement, mais les signes étaient bien caractéristiques, et je me crois en droit, en raison du nombre de faits que j'ai pu observer, d'affirmer le diagnostic. La bénignité fut remarquable.

Autre particularité: M. Després nous donne l'absence d'engorge-

ments ganglionnaires comme un des caractères essentiels de la pustule maligne : jamais il n'a constaté d'engorgements semblables sur les malades qu'il a eu à soigner, et comme M. Reclus signale ces engorgements sur son malade, son diagnostic est douteux. Je ne suis pas de cet avis ; la pustule maligne peut bien s'accompagner d'engorgements ganglionnaires. Je crois même que l'un des éléments du gonflement énorme que l'on constate sur la région cervicale atteinte de pustule maligne peut quelquefois être l'engorgement des ganglions sous-jacents.

Quant à cette escarre qui tombe toujours à une date fixe — le neuvième jour si l'on s'abstient, le cinquième si l'on intervient. — M. Després me permettra d'émettre quelque doute relativement à une pareille régularité. Mon doute s'explique d'autant mieux que, pour ce qui est de la chute spontanée de l'escarre en particulier, notre collègue n'a pu nous citer que deux cas, et ces deux cas, il ne les a pas observés lui-même ; il y en a un qu'il ne connaît que par ouï-dire.

Enfin, je ferai une dernière observation au sujet de l'immunité relative des Parisiens. Cette immunité est encore une illusion. Les pustules malignes graves sont communes à Paris, nous en avons tous vu mourir, j'en ai vu à marche suraiguë. Si on se reporte au contraire aux observations de certains observateurs des pays où la pustule maligne est très commune, on voit qu'ils en ont cité pas mal évoluant favorablement.

M. Pozzi. Je puis citer deux faits qui, à des titres divers, sont confirmatifs de l'observation de M. Reclus.

Il y a deux ans, j'ai observé une pustule maligne de la face qui n'était pas encore très avancée, chez un homme qui refusait de se faire opérer. Je me contentai de lui conseiller les feuilles de noyer, et il guérit parfaitement; or, je crois, contrairement à M. Championnière, que cette méthode de traitement a beaucoup d'analogie avec l'expectation pure et simple. Dans mon deuxième cas, la pustule, qui était accompagnée d'un œdème considérable, fut traitée par une large incision et guérit, mais elle présenta ceci de remarquable, que l'examen des liquides fait non seulement par moi, mais aussi par M. Siredey, chef du laboratoire de Clamart, ne nous permit de découvrir aucun microbe.

Ce dernier fait me frappa, et je me suis demandé s'il n'y avait pas — en admettant qu'il soit possible de se servir de ce mot — des pustules malignes bénignes, caractérisées justement par l'absence de bactéries. La bactérie, dans ce cas, serait pathognomonique, non de la maladie, mais de la gravité de la maladie.

Mais ce n'est là qu'une hypothèse, et, quoi qu'il en soit de ces

considérations, il est certain qu'au lit du malade, on ne doit pas trop compter sur ces guérisons spontanées; si, en présence de la bénignité des symptômes, l'on se décidait à l'expectation, ce serait le cas ou jamais de dire que ce devrait être une expectation armée.

M. Terrier. Je crois que le fait de la possibilité des guérisons spontanées de la pustule maligne n'est contesté par personne; ce n'est donc pas là-dessus qu'il y a lieu de discuter la communication de M. Reclus, mais bien sur sa partie expérimentale.

La question que l'on doit surtout se poser est celle de savoir si, dans ses inoculations positives, notre collègue n'a pas inoculé la septicémie, croyant inoculer le charbon.

J'avoue, d'ailleurs, que, pour ma part, je me considère comme incapable de résoudre cette question.

M. Marc Sée. C'est justement sur cette circonstance que je désirais attirer l'attention de la Société. Il y a, en effet, dans le cas de M. Reclus, une circonstance bien singulière.

Les liquides pris sur un malade charbonneux, ayant été inoculés à un certain nombre d'animaux, restent inertes. Puis survient un cobaye, inoculé dans les mêmes conditions, qui meurt. Quarante-huit heures après, le sang de ce cobaye est inoculé à d'autres animaux, qui meurent également.

Qu'est-il donc arrivé? Pour mon compte, je suis très porté à croire que ces derniers animaux sont morts de septicémie, et que le résultat obtenu par M. Reclus eût été obtenu avec un cobaye mort n'importe comment. Cette interprétation, vous ne l'ignorez pas, n'est autre que celle indiquée par M. Pasteur dans la polémique qu'il vient d'avoir avec les vétérinaires de Turin.

Le sang des animaux morts du charbon, nous dit-il, ne tarde pas à se charger de bactéries septiques, capables d'entraîner la mort par le mécanisme qui leur est spécial.

Dans ces conditions, si l'explication que je donne est juste, et s'il était démontré que les cobayes sont morts de septicémie, tout l'échafaudage basé sur l'observation de M. Reclus tomberait de lui-même. Il n'y aurait eu ni pustule maligne, ni guérison spontanée de cette pustule.

M. Després. Je n'ai pas insisté sur la partie expérimentale, par que je partage l'opinion de M. Sée à cet égard, et j'ai voulu me restreindre à la question clinique, celle qui est la plus importante pour nous.

J'ai dit, et l'on ne saurait trop le répéter, qu'il est dangereux de laisser croire que la pustule maligne guérit spontanément. Bien au contraire, l'on doit dire: même dans les cas où la pustule maligne

paraît tendre vers une guérison spontanée, il est prudent de lui appliquer un traitement énergique. Un chirurgien ne doit laisser évoluer librement une pustule maligne qu'au moment où l'escarre est tombée, c'est-à-dire lorsqu'elle a perdu son caractère de pustule maligne, et qu'elle se rapproche des plaies ordinaires.

Si l'on adopte cette pratique, la guérison de la pustule maligne sera de règle. Sur vingt-six cas que j'ai observés à Cochin, je n'ai pas eu un cas de mort. Il est vrai que je sépare du charbon l'affection décrite sous le nom d'œdème malin.

Je maintiens mon opinion au sujet de la bénignité relative des pustules malignes contractées à Paris, et je persiste à croire que cela tient à l'origine du virus, qui provient le plus souvent des dépouilles d'animaux morts depuis longtemps. Cette bénignité est telle, que M. Gosselin a pu contester l'existence de pustules véritables à Paris.

M. Théophile Anger. Est-il bien utile de faire d'immenses incisions, ainsi que le propose M. Desprès ?

M. Després. Les incisions doivent être très profondes, parce qu'elles portent sur des tissus épaissis et infiltrés. Cela, d'ailleurs, n'a pas grand inconvénient; car, si le malade guérit, les bords de la solution de continuité reviennent sur eux-mêmes, et l'on est tout étonné de voir qu'en réalité l'incision est bien moindre qu'on ne le supposait tout d'abord.

M. Reclus. Je répondrai d'abord à M. Després que son affirmation, relativement à M. Gosselin, a tout lieu de m'étonner, puisque justement il est un des trois auteurs d'un livre, le *Compendium*, où nous ne lisons rien qui rappelle cette opinion. Mais cela importe peu. Il est certain que c'est la partie expérimentale de ma communication qui offre le plus d'intérêt.

Je n'ignore pas les recherches de Pasteur sur la bactérie septicémique contenue dans le sang charbonneux peu de temps après la mort, mais ces recherches n'infirment nullement la possibilité d'inoculer le virus charbonneux à l'aide du sang d'un animal mort depuis quarante-huit heures. Pasteur est même arrivé à déterminer certaines conditions qui permettent d'inoculer à volonté l'un ou l'autre des virus.

Il s'agit donc de savoir si les animaux sur lesquels j'ai expérimenté sont morts de septicémie ou du charbon.

Or, le doute ne me paraît pas possible, j'ai fait examiner le sang de ces animaux par MM. Capitan et Charrin, très versés dans l'étude des microbes, et ils ont trouvé les bactéries caractéristiques

du charbon sous forme de longs filaments non fragmentés présentant un petit point brillant.

Ces raisons me paraissent suffisantes pour que l'on ne doive pas rejeter l'observation, en disant : la partie expérimentale ne prouve pas grand'chose, les animaux étant morts de septicémie.

Relativement au diagnostic, tout en reconnaissant que je puis me tromper comme tout le monde, j'estime que, dans le cas particulier, il est difficile d'admettre une erreur. Le malade n'a pas seulement été vu par moi, il a été, comme je l'ai dit, vu par des personnes ayant une grande habitude de la pustule maligne, et tous nous avons considéré le diagnostic comme évident.

Note sur l'emploi du jequirity (*abrus précatorius*), relation de deux observations dont une suivie de succès relatif,

Par M. F. Terrier.

Le 13 décembre 1882, j'eus l'honneur de vous lire un rapport sur le travail qui vous avait été adressé par le Dr José Cardoso de Moura Brazil, travail intitulé : *Sur le jequirity. Traitement de la conjonctivite granuleuse aiguë et chronique par l'abrus précatorius ou jequirity.* Comme vous vous le rappelez, l'auteur de ce travail, publié depuis dans les *Annales d'oculistique* (t. LXXXVIII, p. 201, 1882), vantait beaucoup l'emploi de ce mode de traitement des granulations, s'appuyant sur les nombreux succès obtenus au Brésil, depuis longtemps déjà, et sur sa propre expérience. Tout en acceptant son dire, je crus devoir faire quelques restrictions à propos de ses conclusions, en remarquant la divergence qui paraissait exister entre les auteurs sur le mode d'emploi des graines de jequirity, et en signalant un insuccès que j'avais observé dans mon service, alors à l'hôpital Saint-Antoine.

En effet, tandis que M. Moura Brazil conseille une infusion à la dose de 1 pour 20, infusion qu'il étale à l'aide d'un pinceau à la surface de la conjonctive, dans un autre travail, M. de Wecker conseillait la dose de 1 pour 50, et se bornait à faire lotionner les yeux des malades. (*Ann. d'oculistique*, t. LXXXVIII, p. 24 et 211, 1882.)

Désirant étudier cette question, j'ai repris mes expériences à l'hôpital Bichat, et je me suis servi d'une macération à froid. Un gramme de semences décortiquées et finement concassées est mis dans 50 grammes d'eau froide, et cette macération dure vingt-quatre heures. On filtre sur une gaze fine, et la macération, légèrement

opaline, est alors utilisée comme le conseille M. Moura Brazil, c'est-à-dire à l'aide d'un pinceau.

En fait, nous acceptâmes la formule de la solution de M. de Wecker, et le *modus faciendi* préconisé de M. Moura Brazil, ce dernier nous paraissant plus pratique et surtout plus facile à surveiller.

Deux malades, un homme et une femme, offrant tous deux des granulations palpébrales, furent soumis au traitement par le jequirity; or, dans ces deux observations, les résultats obtenus ont été très différents; l'homme a été guéri, non sans accident sérieux, quant à la femme, elle n'a présenté qu'une très légère amélioration. Notons que ce sont les *mêmes graines* qui ont servi à préparer les solutions ou plutôt les macérations; et que celles-ci ont été faites constamment d'après les règles que nous avons déjà indiquées.

Voyons d'abord les observations de nos deux malades, dont l'un est présenté aux membres de la Société :

Observation I. — *Conjonctivite granuleuse traitée par le jequirity,* recueillie par M. Hartmann, interne du service.

Lemarchand, marin, âgé de 46 ans, n'avait jamais eu de maux d'yeux. Depuis un mois seulement, ses yeux étaient rouges et suppuraient un peu, lorsqu'en octobre dernier, la maladie s'étant aggravée assez brusquement, il fut obligé de cesser son travail de matelot. Du 1er au 14 octobre, il fut traité à l'hôpital du Havre; puis, jusque dans les premiers jours de janvier, à la consultation, par M. Brière, qui lui fit d'abord des attouchements au sulfate de cuivre plusieurs fois par jour, puis des instillations avec un collyre au nitrate d'argent. N'éprouvant aucune amélioration à la suite de ce traitement, le malade, sur le conseil d'amis, vint à Paris dans les premiers jours de janvier.

Le 21 janvier 1883, il entre à l'hôpital Bichat dans l'état suivant :

Photophobie intense, blépharospasme. Aussi le malade tient-il constamment les yeux fermés; les bords palpébraux sont rouges, agglutinés par une sécrétion opaque, jaunâtre. Lorsqu'on fait ouvrir les yeux, les cornées se cachent sous la paupière supérieure. Les cornées sont troubles, grisâtres, offrent des altérations panneuses assez marquées et de nombreuses ulcérations. Les conjonctives palpébrales sont épaissies, très rouges, couvertes de granulations; les conjonctives bulbaires sont très épaissies, parcourues par de gros vaisseaux tortueux. Le malade ne peut distinguer les doigts, quoiqu'il puisse voir une ombre interposée entre l'œil et la lumière.

Lotions avec la solution phéniquée faible, étendue de moitié d'eau tiède (solution à 1/80e).

Le 28 *janvier*, le malade est toujours dans le même état, on commence le traitement par le jéquirity suivant la formule de M. de Wecker (solution au 1/50e). Trois attouchements pendant la journée.

29 *janvier*.— La suppuration a été plus abondante qu'à l'ordinaire; le bord des paupières est plus tuméfié. Trois attouchements. A cinq heures du soir, au deuxième attouchement, la tuméfaction des paupières et la sécrétion purulente ont beaucoup augmenté; quelques filaments grisâtres se voient à la face interne des paupières, qui sont très rouges sur leur bord libre. Le malade ne peut ouvrir l'œil droit, il ouvre difficilement le gauche. Il dit ne pas souffrir beaucoup, n'accuse qu'un peu de cuisson au niveau du bord libre des paupières et de temps à autre quelques élancements qu'il compare à des coups de canif.

30 *janvier*.— Ce matin, le malade souffre beaucoup au niveau des tempes; il souffre aussi des yeux, des paupières, surtout de leur bord libre. Les paupières sont œdématiées, la supérieure retombe un peu sur l'inférieure, comme dans l'ophtalmie blennorragique, mais sans présenter l'aspect rouge, inflammatoire, qu'on remarque dans cette dernière; c'est de l'œdème et non de l'empâtement phlegmoneux. A la face interne des paupières, on trouve une fausse membrane diphtéroïde qui en recouvre presque la totalité; une couche pseudo-membraneuse analogue recouvre les cornées.

Un seul attouchement. Lotions répétées avec de l'eau phéniquée tiède.

31 *janvier*.— Le malade dit ne souffrir que très peu; c'est à peine si de temps en temps il a quelques élancements. Les paupières sont toujours œdématiées; à leur face interne, on observe encore une pseudo-membrane d'un blanc grisâtre qui s'étend sur la conjonctive bulbaire, surtout dans l'œil droit où la couche pseudo-membraneuse recouvre toute la cornée; à gauche, on ne voit à la surface de cette dernière que quelques tractus grisâtres. Photophobie toujours intense. On cesse le jequirity. Lotions avec la solution phéniquée faible, tiède.

1er *février*. — La tuméfaction a un peu diminué; à la face interne des paupières supérieures, les fausses membranes ont disparu; à la face interne des paupières inférieures, il persiste une couche pseudo-membraneuse, grisâtre, tomenteuse, adhérente, friable, se laissant enlever partiellement, les couches les plus profondes restant adhérentes à la paupière. La sécrétion est moindre que les jours précédents.

2 *février*. — La tuméfaction continue à diminuer. Encore un peu d'exsudat à la face interne des paupières inférieures.

5 *février*. — L'amélioration continue. Il y a encore un peu d'exsudat diphtéroïde au fond du cul-de-sac inférieur des conjonctives.

10 *février*. — L'état granuleux des conjonctives a notablement diminué, surtout au niveau des paupières inférieures, où l'action du jequirity a été plus longue. La vascularisation est moindre que le jour de l'entrée. Il y a encore une petite pseudo-membrane au fond des culs-de-sac conjonctivaux inférieurs ; la conjonctive saigne un peu lorsqu'on essaie de détacher ces pseudo-membranes.

On recommence aujourd'hui le jequiryty ; 3 attouchements.

11 *février*.— La tuméfaction commence, sécrétion séro-purulente. La fausse membrane se développe sous la paupière inférieure. Trois attouchements.

12 *février*. — On trouve aujourd'hui des fausses membranes sur les deux paupières. Mais, en somme, la réaction est moins intense que la première fois. Trois attouchements.

13 *février*. — Les paupières sont tuméfiées, œdémateuses ; leur face interne est couverte d'une pseudo-membrane grisâtre. Deux attouchements.

14, 15, 16 et 17 *février*. — Deux attouchements chaque jour.

Le 18 *février*, on cesse les attouchements. Les paupières sont un peu œdématiées ; les conjonctives sont très tuméfiées, très rouges, recouvertes d'un exsudat diphtéroïde qui ne forme pas une lame continue.

20 *février*. — Il reste encore un peu d'exsudat dans le cul-de-sac inférieur du côté droit.

21 *février*. — Les fausses membranes ont entièrement disparu ; les conjonctives sont toujours rouges, tuméfiées ; mais les granulations ont beaucoup diminué. La cornée gauche est trouble ; ulcération superficielle ; vascularisation occupant sa presque totalité, plus marquée à sa partie supérieure. En bas, on distingue, quoique assez difficilement, l'orifice papillaire. La cornée droite présente une large ulcération à sa partie supérieure ; elle est trouble dans sa totalité, et c'est à peine si l'on peut distinguer l'orifice pupillaire.

Le malade continue à se laver les yeux avec une solution tiède, très légèrement phéniquée. On commence à faire trois fois par jour des instillations avec un collyre au sulfate de duboisine au 100e.

23 *février*. — La photophobie a diminué, les cornées s'éclaircissent. On distingue les pupilles, qui ne sont pas dilatées. A gauche, le malade compte les doigts interposés entre l'œil et la lumière ; à droite, il ne peut bien les compter, et distingue imparfaitement leur ombre.

2 *mars.* — Le malade lit, mais avec une certaine difficulté, avec l'œil gauche le n° 50 des échelles de Snellen, à la distance normale.

Avec l'œil droit, le n° 100.

Trois attouchements au jequirity dans la journée du 2 mars.

3 *mars.* — Action très rapide du jequirity; le malade a souffert toute la nuit. On trouve déjà à la face interne des paupières un exsudat membraneux. Trois attouchements dans la journée.

4 *mars.* — L'œdème a encore augmenté. Fausse membrane discontinue à la face interne des paupières. Deux attouchements.

5 *mars.* — On cesse le jequirity. Œdème considérable des paupières; la face interne tuméfiée est recouverte d'une pseudo-membrane grisâtre. Lotions à l'eau phéniquée faible. Trois fois par jour, collyre au sulfate neutre d'atropine au 1/20e.

13 *mars.* — Le malade nous annonce avec joie que, le soir, il commence à ouvrir les yeux et à distinguer un peu les objets qui l'entourent.

14 *avril.* — Lit difficilement avec l'œil gauche le n° 30 de l'échelle de Snellen à la distance normale. Mais la vue se brouille rapidement. Au contraire, lorsque le malade est reposé, il peut lire le n° 20. L'œil droit distingue le doigt, encore faut-il le placer très près. Le n° 100 de Snellen n'est pas vu. Les conjonctives ne suppurent plus du tout.

A gauche, *panus tenuis* de la cornée. Conjonctives à peine vascularisées, quelques rares granulations aux extrémités du cartilage tarse supérieur. A droite, on trouve encore quelques granulations à la partie externe; la partie moyenne de la conjonctive supérieure est blanche, formée de tissu cicatriciel qui unit la conjonctive à la cornée ; ce symblépharon s'étend jusqu'au centre de la cornée, qui n'est un peu transparente qu'à la partie inférieure, où l'on distingue assez mal les contours de l'iris.

23 *mai.* — On cesse l'atropine et l'eau phéniquée, le malade ayant présenté un peu d'œdème des paupières inférieures et accusant quelques picotements. Ces symptômes disparaissent 2 jours après.

Au bout de quelques jours, on reprend les lavages à l'eau phéniquée faible et le collyre à la duboisine, mais on est obligé de les cesser, les picotements réapparaissant le deuxième jour.

7 *juin.* — A gauche, encore quelques granulations papillaires à la face interne du cartilage tarse supérieur, iris parfaitement net et dilaté. Cornée encore légèrement dépolie, trouble par places, offrant l'aspect d'un ciel pommelé, présentant dans son intérieur de très petits vaisseaux indiquant que la résorption des exsudats n'est pas terminée.

A droite, symblépharon entre la paupière supérieure et la moitié

supérieure de la cornée; la partie inférieure de la cornée est épaissie, toutefois, on entrevoit l'iris, voire même l'ouverture pupillaire. Pas de granulations de ce côté.

Le malade ne peut rien lire de l'œil droit. De l'œil gauche, il lit à la distance normale le n° 20 des échelles de Snellen, facilement lorsque les lettres sont sur un fond noir, plus difficilement lorsqu'elles sont sur fond blanc.

En somme, quoique le résultat ne soit pas encore absolument définitif pour l'œil gauche, l'acuité de cet œil a pu être évalué à 1/15e le 17 juin, alors qu'à son entrée à l'hôpital la vision était presque nulle.

On peut résumer en quelques mots le traitement suivi dans cette observation.

Trois fois, on fit sur la conjonctive palpébrale supérieure et inférieure une série d'attouchements avec un pinceau de blaireau, laissant le liquide en excès baigner l'œil malade. La solution utilisée était celle qui est conseillée par M. de Wecker, solution au 50e.

La première série d'attouchements eut lieu du 28 janvier 1883 au 30, inclusivement; les conjonctives furent touchées 7 fois, 3 fois les deux premiers jours, une seule fois le 3e jour. La réaction fut très intense, ce qui me détermina à ne pas pousser plus loin l'expérimentation, au moins pour cette fois.

Le résultat obtenu fut une notable diminution dans les accidents produits par les granulations, celles-ci tendant à s'affaisser.

La deuxième série d'attouchements eut lieu du 10 février au 17, inclusivement. Ici, malgré la multiplicité des attouchements, 3 fois les trois premiers jours et 2 fois les cinq jours suivants (en tout 19), la réaction fut peu accusée. Il est probable que l'infusion de jequirity était mauvaise, ou plutôt celui-ci était déjà sec et, certes, moins actif.

Cependant on acquit encore quelque chose car, l'acuité de l'œil gauche put être mesurée (1/50e) ainsi que celle de l'œil droit (1/100e). Le malade commençait à se conduire seul.

La troisième série fut faite du 2 au 4 mars, les deux premiers jours 3 fois, le troisième jour 2 fois seulement. La réaction fut très vive et détermina des douleurs. Quant au résultat, qui peut être considéré comme presque définitif, nous avons vu que, sauf quelques légères granulations papillaires de l'œil gauche, le trachome était guéri. S = 1/15 à gauche et — 1/100 à droite.

Observation II.

Conjonctivite granuleuse avec kératite à droite. Traitement par le jequirity. Résultat presque nul.

(Observation recueillie par M. le Dr Catuffe, interne du service.)

Madame Schmidt, 66 ans, entre le 2 avril 1883 à l'hôpital Bichat, et est placée salle Chassaignac, n°7. Cette femme est atteinte de granulations conjonctivales des deux yeux.

Antécédents. — L'affection pour laquelle cette malade vient dans le service date de deux ans. A cette époque, elle alla consulter pour une cataracte, et on lui ordonna un collyre à l'atropine ; ce serait, paraît-il, après l'usage répété pendant deux mois de ce collyre, que les yeux ont commencé à devenir rouges ; en une nuit, l'œil droit devint très gonflé et très rouge, écoulement abondant de muco-pus, qui depuis n'a pas cessé.

L'œil gauche a été pris 6 semaines après le droit.

La malade se fit soigner aux Quinze-Vingts, on prescrivit des lavages phéniqués et des cautérisations quotidiennes au sulfate de cuivre; l'amélioration fut peu marquée, si bien qu'en novembre 1882, elle passa trois semaines à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Terrier, qui fit une application de jequirity sans obtenir de résultat favorable [1].

On ne relève aucun antécédent morbide. Depuis 7 ans elle habite un logement humide, et aurait eu ces temps derniers des douleurs rhumatismales.

État actuel. — Des deux côtés, léger ptosis inflammatoire, pas d'ectropion ni d'entropion, le bord libre de la paupière inférieure est rouge, croûtes formées de muco-pus desséché aux angles de l'œil.

Œil gauche. — Granulations volumineuses, papilliformes, de toute la face interne de la paupière supérieure, plus marquées aux deux angles du cartilage tarse et vers le cul-de-sac conjonctival. A la paupière inférieure, les granulations sont moins développées.

Injection modérée de la conjonctive bulbaire, caroncule très injectée, kératite vasculaire très superficielle dans le 1/4 supérieur seulement de la cornée.

Œil droit. — Granulations de la paupière supérieure plus marquées qu'à gauche ; à la paupière inférieure, granulations gri-

[1] C'est à cette malade que j'ai fait allusion dans mon rapport sur le travail de M. Moura Brazil.

sâtres transparentes, siégeant surtout au voisinage du cul-de-sac de la conjonctive, kératite vasculaire dans le 1/3 supérieur, c'est-à-dire dans toute la partie de la cornée, recouverte par la paupière supérieure; cataracte sénile commencante.

5 *avril.* — On commence le traitement par le jequirity, trois applications sont faites dans la journée : une à 10 heures, une à 3 heures 1/2, et une à 7 heures. Après les deux premières, douleur intense intra- et périorbitaire, les paupières ne sont pas très gonflées ; sur l'inférieure, léger exudat diphtéroïde, photophobie, chémosis.

6 *avril.* — La nuit a été naturellement mauvaise, les paupières sont gonflées; larmoiement continuel. On fera trois applications.

Soir. — Après la 2e application de la journée (la 5e en tout), les douleurs sont intenses, continuelles ; écoulement abondant de muco-pus, l'exudat diphtéroïde existe seulement, et assez marqué, aux paupières inférieures des deux yeux; rien sous les supérieures. Les deux cornées sont dépolies ; chémosis plus intense que ce matin.

7 *avril.* — Les cornées sont dans le même état, chémosis aussi accusé, douleurs vives péri-orbitaires, photophobie intense. On fera une piqûre de morphine pour calmer ces phénomènes douloureux et une seule application de jequirity (7e).

8 *avril.* — Nuit sans sommeil, douleurs et photophobie à peu près aussi intenses. Les cornées sont toujours dépolies, le gonflement des paupières est un peu moindre. Écoulement à peu près aussi abondant. On suspend le médicament (il y a eu 7 application). Compresses d'eau tiède continuellement sur les yeux.

9 *avril.* — Pas d'amélioration; la malade éprouve toujours autant de difficulté à voir. La douleur, le gonflement des paupières, le chémosis, le larmoiement, continuent, il n'y a plus d'exsudat diphtéroïde ; même traitement.

11 *avril.* — Légère amélioration, le jour est un peu mieux supporté, les douleurs sont un peu moins intenses ; en somme, il y a du mieux.

12 *avril.* — Même état, pas d'amélioration appréciable.

13 *avril.* — La malade a commis aujourd'hui une imprudence, elle s'est lavé les yeux avec du carbonate de potasse, ce qui a ramené de vives douleurs.

Soir. — Rien de spécial, les douleurs sont toujours vives.

14 *avril.* — Un peu de mieux.

16 *avril.*—Les paupières ont un peu diminué de volume, moins de photophobie, très peu de douleurs, on peut retourner facilement les paupières, qui sont dans le même état qu'au début du traitement. Les granulations ne sont ni plus ni moins volumi-

neuses que précédemment. Les cornées restent vascularisées, surtout à droite.

17 *avril.* — On recommence les applications de jequirity, on en mettra trois fois dans la journée. Dès le deuxième badigeonnage, la membrane diphtéroïde apparaît, ce qui est remarquable, c'est le larmoiement considérable provoqué immédiatement par le caustique; l'application n'est pas douloureuse cette fois, ce n'est qu'au bout de 3 à 4 minutes que la douleur apparaît.

18 *avril.* — Deuxième journée : on en mettra trois fois ; le gonflement des paupières est peu marqué, en tout cas, beaucoup moins intense que la fois précédente. Les douleurs sont aussi moins vives.

Il faut faire remarquer que la macération qui sert dans cette série de badigeonnages a été préparée avec des graines décortiquées depuis longtemps et desséchées.

19 *avril.* — On en met seulement une fois aujourd'hui. Larmoiement, douleurs peu vives.

20 *avril.* — On en met encore une fois, peu d'inflammation, la cornée est toujours opaque.

23 *avril.* — Cette série a été composée de huit badigeonnages. Après quelques jours de repos, on constate de l'amélioration de la vue, le gonflement des paupières a diminué considérablement, presque plus de douleurs.

25 *avril.* — La vision est redevenue bonne, les paupières sont encore rouges, la conjonctive bulbaire ne l'est plus. — On remarque que les granulations, tout en étant encore très visibles, sont moins accusées que précédemment. Mais les cornées sont toujours malades et vascularisées, surtout à droite.

27 *avril.* — Nouvelle série de badigeonnages. On en mettra trois fois dans la journée. Cette fois, la macération a été préparée avec des graines fraîchement décortiquées.

La malade, après le premier badigeonnage, a constaté que le larmoiement, le gonflement des paupières, avaient reparu plus vite que précédemment, au bout de deux minutes environ. A la deuxième application, les membranes diphtéroïdes sont déjà manifestes.

28 *avril.* — Une seule application.

29 *avril.* — Trois badigeonnages dans la journée. Les fausses membranes se sont peu développées et sont restées à peu près ce qu'elles étaient à la deuxième application ; les douleurs sont très intenses ; gonflement modéré des paupières ; photophobie.

30 *avril.* — On laisse reposer la malade.

1[er] *mai.* — Pas beaucoup d'amélioration. Les granulations persistent toujours, un peu moins saillantes néanmoins. Le pannus, quoique léger, gêne toujours la vision.

5 *mai.* — La malade continue à se plaindre de la gêne de la vue. Il y a comme un brouillard devant les yeux ; les douleurs péri-orbitaires subsistent, et contribuent à aggraver la position de la malade ; les paupières sont encore rouges, il y a un peu de larmoiement.

8 *mai.* — Quatrième série de badigeonnages : trois dans la première journée ; les effets n'en sont pas très marqués, les signes fonctionnels et physiques sont moins prononcés ; on dirait qu'il s'établit une tolérance du tissu conjonctival et papillaire pour le médicament.

9 *mai.* — Trois badigeonnages. Le soir, fausses membranes diphtéroïdes sur les paupières inférieures, mais peu prononcées ; gonflement modéré des paupières ; muco-pus assez abondant. Les douleurs péri- et intra-orbitaires sont intenses.

10 *mai.* — Deux applications. Le résultat le plus net, c'est la persistance et l'exacerbation des douleurs. — Photophobie.

11 *mai.* — Une application. Pas de résultat satisfaisant ; les douleurs sont toujours vives, la photopholie continue.

Total : 9 badigeonnages.

13 *mai.* — Paupières encore gonflées et rouges ; photophobie, douleurs sus-orbitaires ; les granulations sont toujours très visibles : peut-être sont-elles un peu moins volumineuses qu'avant le traitement, mais la différence, si elle existe, est bien faible.

23 *mai.* — Nouvelle série d'application de jequirity ; trois dans la journée.

24 *mai.* — Même traitement. Vives douleurs, larmoiement abondant.

25 *mai.* — Même traitement. Conjonctivite intense ; vascularisation de la conjonctive et de la cornée ; cette dernière est très trouble, surtout à droite. Pas de fausses membranes dans les culs-de-sac de la conjonctive. L'œil droit est beaucoup plus enflammé, et présente de l'œdème de la paupière supérieure. Douleurs intenses. Photophobie, larmoiement continuel.

26 *mai.* — Trois applications. Même état.

27, 28, 29 *mai.* — Deux applications seulement par jour.

Pas de fausses membranes. Conjonctivité intense. Cornées vascularisées. Les douleurs persistent, très accentuées, et empêchent la malade d'avoir un instant de repos. Sommeil agité. Les accidents inflammatoires continuent à prédominer du côté droit.

30 *mai.* — Repos pendant huit jours.

7 *juin.* — Collyre à la duboisine. Compresses chaudes.

19 *juin.* — L'œil gauche présente toutes les lésions d'une conjonctivite chronique, avec granulations peu volumineuses sous le

cartilage tarse supérieur. La cornée est un peu trouble, non vascularisée. Il y a un peu de secrétion muco-purulente.

L'œil droit, très congestionné, offre, sous les paupières supérieure et inférieure, de volumineuses granulations ; il n'y en a pas du côté de la conjectivite bulbaire. La cornée est opaque par places, grisâtre dans presque toute son étendue, et offre, dans son épaisseur, une multitude de petits vaisseaux. En fait, il existe un pannus qui paraît avoir augmenté sous l'influence du traitement au jequirity.

Comme pour l'observation précédente, on peut résumer celle-ci en quelques lignes :

Cette femme, déjà traitée en 1882 à l'hôpital St-Antoine par des lotions de jequirity, et cela sans résultat, rentre dans mon service le 2 avril 1883.

Une première série de 7 applications (3, 3 et 1), est faite du 5 au 7 avril; le résultat obtenu est une violente conjonctivite avec pseudomembranes.

Une deuxième série de 8 applications (3, 3, 1, 1) est reprise du 17 avril au 20. La réaction est bien encore vive, mais l'infusion ne paraît pas agir aussi énergiquement, vu son mode de préparation défectueux.

Troisième série de 7 applications (3, 1 et 3), du 27 au 29 avril. La réaction est vive, les pseudo-membranes conjonctivales apparaissent dès la première journée.

Une quatrième série de 9 applications est faite (3, 3, 2 et 1), du 8 mai au 11 mai. Toujours vive réaction, peu de pseudo-membranes, mais douleurs très intenses.

Enfin, voyant que, malgré ces applications, l'état des yeux était assez peu modifié, on fit une cinquième série plus prolongée d'attouchements, du 23 mai au 29 (3, 3, 3, 3, 2, 2, 2), en tout 18 badigeonnages des paupières.

Or, le 19 juin, nous constatons une très légère amélioration des granulations à gauche, le *statu quo* à droite, et même, de ce côté, l'augmentation du pannus qui de *tenuis* tend à devenir *crassus*.

Peut-on tirer quelques conclusions de ces deux faits ? nous le croyons, et, tout d'abord, ils démontrent que les résultats qu'on peut espérer de l'emploi du Jequirity sont fort aléatoires. Dans le premier cas, ils furent relativement bons ; dans le second, ils ne donnèrent aucun ou presqu'aucun résultat avantageux.

Dans le premier cas, la guérison fut relative, ai-je dit ; si, en effet, l'œil gauche a été fort amélioré et ne présente plus que quelques granulations papillaires sur la face inférieure de la paupière supérieure, l'œil droit est resté presque impropre à la vision, par suite d'un symblépharon entre la paupière supérieure et la cornée, elle-même opacifiée. Sous l'influence de l'affection oculaire

granulaire, des ulcérations se sont produites sur la cornée ; d'autre part, l'ophtalmie jequirytique a donné lieu à une surface bourgeonnante sous la paupière supérieure. De là, probablement, les adhérences établies et le symblépharon. Enfin, l'opacité de la cornée a peut-être été exagérée à la suite de l'ophtalmie jequirytique ; mais le fait est moins prouvé, les granulations pouvant amener le même résultat.

Dans le second cas, le résultat est nul à gauche ; à droite, la kératite panniforme et les opacités cornéennes sont plus accusées qu'avant l'intervention : celle-ci a donc été mauvaise, ou, en tout cas, n'a pas donné de résultats favorables.

Pourquoi ces différences ? Faut-il faire intervenir la nature différente des granulations dans les deux cas ; cependant les phénomènes objectifs étaient à peu près les mêmes chez nos deux sujets, les granulations étaient volumineuses, chez eux aussi les cornées étaient atteintes dans leur moitié supérieure, c'est-à-dire dans la moitié en rapport avec la face interne de la conjonctive palpébrale supérieure au niveau du cartilage tarse.

Ce sont là les signes caractéristiques des granulations trachomateuses pour la plupart des ophtalmologistes; mais, dans un cas, celui de l'homme que je vous présente, l'affection datait de peu de temps relativement: 4 mois et demi; tandis que chez la femme elle persistait depuis 2 ans. Dans la première observation, l'affection était aiguë; elle était passée à l'état chronique dans la seconde observation.

Soit qu'on admette les néoformations glandulaires, soit qu'on accepte encore ici une affection parasitaire, on conçoit que l'inflammation jequirytique puisse être insuffisante lorsque les lésions sont anciennes, et qu'elle échoue dans ces circonstances.

Je ferai remarquer, en terminant, que je me suis bien gardé, jusqu'ici, de traiter la question de la nature de l'inflammation jequirytique, à propos de laquelle on vient de faire jouer un certain rôle à de nouveaux microbes dont l'existence mériterait d'être démontrée.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 27 juin 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Villeneuve, de Marseille, adresse une observation intitulée : *Amputation ostéo-plastique du pied* (M. Terrier, rapporteur);

3° M. Bertin, de Gray, adresse une observation intitulée : *Tumeur érectile de la région parotidienne. — Ligature de la carotide primitive — Guérison.* (M. Richelot, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

M. Reclus. Depuis la dernière séance, M. Verneuil m'a fait part d'un cas de pustule maligne observé dans son service, et offrant les plus grandes analogies avec celui que j'ai communiqué à la Société.

Dans les deux cas, la guérison s'est faite spontanément, dans les deux cas également, on n'a pas trouvé de bactérie charbonneuse. L'examen le plus attentif des liquides de la pustule, fait par M. Nepveu, n'a permis de constater autre chose qu'un nombre considérable de micrococcus.

Au sujet des engorgements ganglionnaires dans la pustule maligne, niés par M. Després, M. Verneuil m'a déclaré que lui aussi en a rencontré sur quelques-uns des malades qu'il a eu à soigner. Il explique même la fièvre qui accompagne parfois la pustule maligne, par l'existence de lymphangites et d'adénites. Une thèse a justement été publiée par un de ses élèves, sur cette variété de lymphangite.

M. Després. Je maintiens ce que j'ai dit dans la dernière séance : L'un des caractères de la pustule maligne, c'est précisément de ne pas s'accompagner d'engorgements ganglionnaires.

Que ces engorgements soient possibles dans quelques circons-

tances tout à fait exceptionnelles, à la suite de l'application de substances irritantes sur la pustule, par exemple, je le veux bien; mais, pour mon compte, je n'en ai pas encore vu, et je persiste à considérer l'intégrité du système ganglionnaire comme un élément de diagnostic de premier ordre.

Quant à la fièvre qui accompagne certaines pustules malignes, c'est pure hypothèse que de dire qu'elle est produite par une lymphangite concomitante. Sans doute, la coloration rouge des téguments qui entourent les pustules malignes a pu faire croire à une lymphangite, mais c'est à tort; je n'en veux justement pour preuve que cette absence d'engorgement ganglionnaire qui ne pourrait s'expliquer avec l'existence d'une lymphangite.

M. Reclus. Tout récemment encore, M. Richet a publié un mémoire sur la pustule maligne, et le malade qui a servi de base à ce travail avait des engorgements ganglionnaires.

M. Desprès. A côté de cette observation, il y en a une foule d'autres publiées également, et dans lesquelles ces engorgements font défaut; et, ce qui prouve que c'est bien la règle, c'est que l'on n'a jamais d'abcès à ouvrir chez les individus atteints de pustules malignes.

M. Richelot. Il y a quelques années, M. Hayem a publié le résultat de l'examen qu'il fit d'une pustule maligne extirpée par Dolbeau, et nous voyons que lui non plus n'a pas trouvé de bactéries.

Il en est de même d'un cas de M. Richet; cette fois, ce fut M. Pasteur lui-même qui ne put trouver de bactéries dans le sang. Le malade cependant avait une température de 40°.

Il est, je crois, d'un grand intérêt de recueillir le plus grand nombre de faits de ce genre. Peut-être arrivera-t-on ainsi à reconnaître, ainsi que le faisait remarquer M. Pozzi, qu'il y a un certain rapport entre la gravité de la maladie et la présence des bactéries.

M. Lucas-Championnière. L'absence de bactéries dans le sang des individus atteints de pustule maligne est un fait connu, et qui a été indiqué par M. Pasteur; on n'en trouve que lorsque l'intoxication est complète. Pour le malade de M. Richet, cette absence de bactéries n'a pas empêché la température de monter à 40°, autre fait qu'il serait très intéressant d'étudier si nous en avions le temps.

Rapport

De la malaxation de l'œil après la sclérotomie,

par M. Dianoux, de Nantes,

rapport par M. Terrier.

M. Dianoux, chargé du cours de clinique ophtalmologique à l'école de Nantes, est ou paraît être un partisan déterminé de la sclérotomie ; il la préfère de beaucoup à l'iridectomie, parce qu'elle serait, affirme-t-il, d'une bénignité remarquable. Tout récemment, cependant, on l'a accusée de donner lieu à des accidents sympathiques[1], fait qui n'a pas lieu de surprendre, étant donné le point où doit agir l'instrument tranchant, dans une sclérotomie pratiquée selon les préceptes admis par M. Dianoux lui-même.

La perte immédiate de l'œil, la perte de la vision centrale, et la diminution de l'acuité visuelle par suite de la formation d'une pupille anormale et de la production de l'astigmatisme, voire même la subluxation du cristallin, tels sont les points noirs de l'iridectomie. Or, dit l'auteur, ces dangers sont évités par la sclérotomie, ce qui est exact pour les accidents opératoires, peut-être pour l'astigmatisme, mais non pour la perte de la vision centrale, car il faudrait admettre dès à présent que la sclérotomie réussit fatalement dans le glaucome chronique, ce que M. Dianoux lui-même met en doute un peu plus loin.

Si, en effet, la sclérotomie offre tous ces avantages, comment se fait-il qu'elle ne soit pas universellement adoptée? C'est, dit l'auteur, que son efficacité est mise en question, voire même qu'on a pu la nier entièrement et considérer les instillations adjuvantes d'ésérine comme plus efficaces que la sclérotomie elle-même.

Pour expliquer ces doutes nombreux, et formulés récemment encore soit au Congrès international de Londres, en 1881[2], soit à la Société ophtalmologique du Royaume-Uni, en juin 1882[3], M. Dianoux pense que celà tient à la manière de pratiquer cette opération, manière fort différente, selon les auteurs, et qui, par cela même, donne des résultats impossibles à comparer entre eux.

La sclérotomie est pour lui une opération très délicate, quand on la pratique selon les indications de M. de Wecker, et elle ne

[1]. Ch. Higgens. *Soc. ophtalm. du Royaume-Uni*, 8 *juin* 1882.

[2]. *Compte rendu du Congrès périodique international*, 7e session, Londres, 1881. Séance du 9 août 1881, in *Ann. d'ocul.*, t. 86, p. 89, 1881.

[3]. *Compte rendu de la Soc. oph. du Royaume-Uni*, in *British med. Journ.*, 17 juin et 24 juillet 1882, et *Ann. d'ocul.*, t. 89, p. 76 et 78, 1883.

doit pas être confondue avec une double paracentèse. Créer une cicatrice à filtration dans la région du ligament pectiné, tel est le but qu'on doit se proposer dans la sclérotomie, tel est au moins le but que se proposent M. de Wecker et ses élèves. En conséquence, le débridement doit porter dans la sclérotique et sur le ligament pectiné, lieu où se produit normalement cette fameuse filtration. De plus, « les incisions faites par le couteau, et mesurant une hauteur de 2 millimètres 1/2 au moins, doivent être réunies par une rigole profonde, intéressant les 3/4 de l'épaisseur de la sclérotique. » Pourquoi cette rigole? c'est pour permettre un écartement suffisant des lèvres de la plaie, et pour faciliter la formation d'une cicatrice à filtration.

Admettant sans conteste que dans le glaucome il existe une insuffisance dans la circulation des liquides de l'œil au niveau du ligament pectiné, M. Dianoux préconise logiquement l'emploi de la sclérotomie, opération qui précisément a pour objet de rétablir cette circulation interrompue, et, par celà même, de modifier un des phénomènes importants du glaucome, nous voulons parler de la tension intra-oculaire. Comment se fait-il donc que, même pour M. de Wecker, le défenseur de toute cette théorie, la sclérotomie puisse ne pas réussir, ou bien puisse ne présenter que des avantages passagers? Pourquoi faut-il y revenir plusieurs fois dans certains cas?

« Cela tient évidemment, dit M. Dianoux, à ce que la sclérotomie, même bien pratiquée, n'est point une opération parfaite, et que si elle est la meilleure manière ou du moins la moins dangereuse de frayer une issue sous-conjonctivale aux liquides de l'œil par elle seule, elle peut parfois, avouons-le, assez souvent même, n'avoir pas un effet assez prolongé. » On peut résumer cette phrase un peu obscure en disant: *La sclérotomie est une excellente opération, mais son action est trop souvent éphémère;* c'est à peu près l'opinion qui a été formulée par M. le professeur Panas, au Congrès international de Londres, en 1881 [1].

Comment expliquer les résultats différents obtenus par les ophtalmologistes, qui, d'ailleurs, ont suivi le même *modus faciendi?* Voici l'explication fort ingénieuse qu'en donne M. Dianoux:

Sur un œil normal, ou pour mieux dire dont la tension est normale, la cicatrisation de la plaie produite par le couteau se fait avec une grande facilité, en ce sens que les deux lèvres de la plaie n'ont presque pas de tendance à s'écarter l'une de l'autre. Mais les conditions changent lorsque la tension intra-oculaire est augmentée; dans ces cas, les lèvres de la plaie auraient une certaine tendance à s'écarter, d'où l'utilité de la rigole vantée par M. de Wecker,

[1]. *Loc. cit*, p. 93.

d'où la difficulté de la cicatrisation, d'où, enfin, la cicatrice cystoïde, ou plutôt à filtration, si recherchée.

Notons en passant que l'incision faite périphériquement à la cornée, dans la sclérotique même, se rapproche quelque peu de la section idéale d'un grand cercle, comme l'a fait jadis remarquer A. von Graefe, à propos de sa méthode linéaire, et que les lèvres de cette incision auraient, par cela même, peu de tendance à s'entr'ouvrir, quelle que soit la tension intra-oculaire.

Quoi qu'il en soit, acceptant les remarques de M. Dianoux, on peut en conclure que toutes les fois que l'opération de la sclérotomie a été faite dans une affection où la tension oculaire était élevée, cette opération a eu des chances de réussir et d'avoir un effet durable. Que si, au contraire, l'affection oculaire ne s'accompagne pas d'une tension exagérée, la sclérotomie donnera dès l'abord un bon résultat, qui bientôt disparaîtra : la cicatrisation sera trop complète.

La sclérotomie est donc indiquée dans le glaucome aigu, et l'auteur se propose de le démontrer dans un travail ultérieur; les résultats sont plus aléatoires dans le glaucome chronique, vu l'état inconstant de la tension oculaire, et cependant c'est surtout contre le glaucome chronique qu'elle a été utilisée.

Il faut donc s'efforcer de rendre plus certains les résultats de la sclérotomie, et, pour cela, M. Dianoux conseille un moyen fort simple ayant pour but la production temporaire et rémittente d'une augmentation de la tension intra-oculaire. Voici ce procédé :

« Dès le soir même de l'opération, il suffit d'exercer une série de pressions sur le globe de l'œil avec la pulpe des deux index, comme lorsqu'on interroge la tension intra-oculaire, pour disjoindre les lèvres agglutinées des plaies faites le matin, et même pour déterminer l'évacuation d'une partie de l'humeur aqueuse. »

Cette dernière apparaît sous forme de deux bosselures sous la conjonctive, à chaque extrémité de la plaie scléroticale.

Cette simple manœuvre doit être faite matin et soir pendant les 5 à 6 jours qui suivent l'intervention chirurgicale. Elle serait si bien supportée, si peu douloureuse, que les opérés apprendraient facilement à la pratiquer eux-mêmes; et il résulte de la lecture du mémoire de M. Dianoux, la certitude qu'il en conseille assez longtemps la pratique à ses opérés. Malheureusement, il ne dit rien de précis à cet égard ; s'agit-il de semaines, de mois?

L'auteur cherche aussi à distinguer le massage de Pagenstecher, de sa manière de faire qu'il nomme malaxation; il y a là, comme il le dit lui-même, une distinction subtile. On peut dire que la malaxation est un mode de massage, d'ailleurs assez peu comparable au *modus faciendi* préconisé par l'auteur allemand.

Que résulte-t-il de cette malaxation? C'est qu'il est rare d'obtenir deux cicatrices à filtration : au bout de quelques semaines, l'une des cicatrices est plus dilatée que l'autre, et, après plusieurs mois, une seule cicatrice est restée perméable.

Que se passe-t-il ultérieurement? Les choses ne se modifient-elles plus? M. Dianoux attend probablement une plus longue expérience pour répondre à cette dernière question, dont l'importance n'échappe à personne. Grâce au perfectionnement indiqué ci-dessus, pourra-t-on guérir le glaucome chronique? certainement non; car, ainsi que le fait remarquer l'auteur, il s'agit alors d'une affection complexe, sur la cause de laquelle on ne peut agir le plus souvent. Toutefois, ayant un moyen d'empêcher l'augmentation de la tension oculaire, on devra l'utiliser et on pourra en retirer tout le profit possible.

L'idée formulée par M. Dianoux est certainement fort ingénieuse, et mérite d'être expérimentée par les chirurgiens qui cherchent à substituer la sclérotomie à l'iridectomie, substitution que je ne crois pas devoir discuter ici.

En conséquence, j'ai l'honneur de vous proposer de déposer le travail de M. Dianoux aux archives, et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Kystes de l'ovaire enclavés dans le ligament large. Conséquence de cette disposition au point de vue de l'ovariotomie,

Par le Dr Terrillon.

J'ai opéré cette année, dans mon service à l'hôpital de la Salpêtrière, trois malades atteintes de kyste de l'ovaire, qui avaient contracté des rapports internes avec le ligament large, et dans lesquelles l'opération fut difficile ou compliquée. Ces trois cas, qui diffèrent par plusieurs parties essentielles, me donnèrent l'idée d'étudier d'une façon générale l'histoire des kystes en partie enclavés dans le ligament large. En effet, on ne trouve dans les auteurs que des renseignements assez vagues à ce sujet.

Les articles principaux sont : Un chapitre de Hégar et Kaltenbach dans leur ouvrage sur les opérations de la gynécologie (Stuttgard, 1881); un article de Karl Schrœder dans les archives de gynécologie allemande, 1878, à propos de faits observés par lui;

quelques remarques de Muëller (de Berne), corresp. Blatt. fur schw., 1879, qui a vu plusieurs cas semblables; enfin, des indications éparses dans les cliniques de Péan, l'article de Kabœrlé sur l'ovariotomie. (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*, et Péan, *Clinique*, t. I.)

Je commencerai d'abord par rappeler mes trois observations; puis j'indiquerai les points principaux de la formation de ces adhérences, leurs conséquences opératoires et la façon dont le chirurgien doit se conduire quand il les rencontre. Un travail plus complet sur ce sujet, que je prépare actuellement, sera inséré dans la *Revue de chirurgie*.

Observation I.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — Enclavement dans le ligament large. — Décortication. — Érysipèle consécutif à l'opération. — Guérison.

Mme X..., 39 ans. — Trois enfants : le dernier actuellement âgé de 8 ans.

La malade s'est aperçue, il y a environ un an, que son ventre augmentait progressivement de volume.

A son entrée dans le service, nous trouvons une tumeur abdominale volumineuse, nettement fluctuante, remontant à 8 centimètres au-dessus de l'ombilic. — Pas d'ascite.

L'utérus semble normal au toucher vaginal : il est peu mobile.

L'opération est faite le 13 mars 1883.

Le kyste est libre de toute adhérence avec la paroi abdominale. La ponction faite avec le gros trocart aspirateur donne issue à six litres environ d'un liquide visqueux.

Après la ponction, la partie du kyste qui occupait le flanc gauche est facilement attirée au dehors; mais, en passant la main dans l'abdomen, on constate que la tumeur envoie un prolongement dans l'épaisseur du ligament large gauche, et occupe ainsi une grande partie du petit bassin.— La trompe, très hypertrophiée, est étalée à la surface du kyste.

Nous sectionnons d'abord la trompe entre deux ligatures; puis, par une incision verticale, nous séparons l'utérus de l'aileron gauche du ligament large. Il est dès lors facile de séparer le feuillet du ligament large étalé à la surface de la tumeur, et de produire une véritable décortication. Nous arrivons ainsi à former un pédicule constitué par les vaisseaux utéro-ovariens hypertrophiés, pédicules que nous lions avec deux fils de soie. La partie du ligament large sur laquelle a porté la section est également liée par deux fils de soie.

La surface saignante résultant de la décortication est diminuée autant que possible, en réunissant au moyen de petites sutures les lambeaux des deux feuillets du ligament large.

L'opération s'achève alors sans rien présenter de particulier : elle avait duré une heure et quart.

La tumeur pesait 1,150 grammes ; c'était un kyste multiloculaire ordinaire.

Les suites de l'opération ont été surtout remarquables par l'apparition, au deuxième jour, d'un érysipèle qui, parti du point inférieur de la plaie, s'étend jusqu'aux grandes lèvres et s'est heureusement terminé quelques jours après.

Le 22 mars, c'est à-dire neuf jours après l'opération, les fils sont enlevés, et la malade est désormais convalescente.

Observation II.

Kyste multiloculaire et aréolaire de l'ovaire gauche. — Enclavement dans le ligament large.— Ablation incomplète. — Drainage. — Guérison.

Mme P..., 28 ans. — N'a jamais eu de grossesse ni de fausse couche.

Les premiers symptômes ont été ressentis par la malade au mois de novembre 1882 ; la malade vit son ventre augmenter du côté gauche surtout, et ressentit bientôt des envies fréquentes d'uriner, qui se transformaient souvent en véritable dysurie, en épreintes.

L'examen de la malade nous permet de constater à la partie inférieure de l'abdomen une tumeur fluctuante remontant un peu au-dessus de l'ombilic.

L'utérus était un peu remonté et rejeté du côté droit d'une façon notable ; la tumeur était sentie dans le cul-de-sac gauche, qu'elle effaçait en partie.

Le 5 février 1883, nous pratiquons une ponction sur la ligne médiane avec l'aspirateur Dieulafoy ; cette ponction donne issue à 4 litres environ d'un liquide verdâtre et légèrement sirupeux.

L'opération est pratiquée le 12 février 1883.

L'incision abdominale fut prolongée à 5 centimètres au-dessus de l'ombilic ; il n'existait aucune adhérence de la tumeur à la paroi abdominale antérieure. Quatre ponctions donnèrent issue à deux litres à peine d'un liquide gélatineux.

L'exploration avec la main fit reconnaître que la tumeur était située en grande partie dans l'épaisseur du ligament large ; il y avait enclavement et, par suite, pas d'apparence de pédicule.

La décortication tentée suivant le procédé habituel fut bientôt jugée impossible ; nous résolûmes alors d'enlever la plus grande partie de la tumeur et d'abandonner la portion adhérente.

La partie la plus importante fut attirée au dehors et les parois du kyste ayant été fixées préalablement à l'angle inférieur de la plaie, au moyen de deux broches, nous fîmes la section de la portion extra-abdominale du kyste.

La partie restante du kyste était constituée par une cavité anfractueuse aréolaire contenant un liquide brunâtre très épais. J'en fis le nettoyage aussi exactement que possible, et plaçai deux gros drains debout dans la cavité, les extrémités ressortant par l'ouverture abdominale.

L'opération fut ensuite terminée comme à l'ordinaire, et un pansement de Lister fut appliqué exactement sur toute la surface.

La partie de la tumeur qui avait été enlevée pesait environ un kilogramme ; elle était composée de masses aréolaires avec cloisons épaisses, charnues, très vasculaires.

Les suites de l'opération ne furent marquées par aucune particularité ; des lavages antiseptiques furent soigneusement pratiqués, et la malade revint peu à peu à la santé et quitta l'hôpital le 2 avril.

Le 1er juin, elle n'a plus qu'un tube de 4 centimètres de longueur ; la plaie extérieure est nette, ne bourgeonne pas.

(La plaie est guérie le 1er juillet, et le malade se porte très bien.)

Observation III.

Kyste multiloculaire des deux ovaires. — Ovariotomie incomplète. Un des kystes est enlevé ; l'autre, adhérent au ligament large, est enlevé partiellement. — Drainage. — Mort au 20e jour par péritonite purulente.

Mme H..., âgée de 58 ans. — Réglée normalement jusqu'à 40 ans, époque de sa ménopause.

Les premiers symptômes remontent à une dizaine d'années ; une tumeur du volume du poing apparut dans la partie inférieure droite de l'abdomen ; deux autres grosseurs apparurent ensuite dans le voisinage de la première ; depuis lors ces tumeurs paraissent s'être réunies et ont augmenté progressivement.

La malade entre à la Salpétrière le 15 janvier 1883.

La tumeur développée sur la ligne médiane remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle semble divisée en deux lobes par un large sillon, la mobilité est presque nulle, la fluctuation très obscure. Pas d'ascite.

L'utérus est fortement remonté, appliqué derrière le pubis, et le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur arrondie, vaguement fluctuante.

Le 25 janvier, une ponction est pratiquée sur la ligne médiane, et donne issue à 900 grammes d'un liquide visqueux grisâtre.

La malade a maigri ; son appétit est faible, ses forces diminuées.

L'opération est pratiquée le 13 février.

L'incision fut prolongée un peu au-dessus de l'ombilic. Des ponctions successives ne donnèrent issue qu'à de très petites quantités de liquide.

On reconnaît alors qu'il existe deux kystes ovariques, un à droite, moins volumineux et pédiculé ; un à gauche, libre dans l'abdomen, mais enclavé dans le bassin par le péritoine réfléchi sur lui.

Le kyste droit est facilement opéré ; quant à la tumeur gauche, il est nécessaire d'en laisser une partie dans le bassin ; pour cela, les parois sont fixées aux bords de la partie inférieure de la plaie abdominale avec des sutures, et deux broches sont appliquées, qui réunissent ensemble les bords de la plaie et les parois du kyste.

On enlève alors toutes les parties du kyste saillant au dehors, et on place dans la cavité du kyste abandonné deux gros tubes à drainage. Un pansement de Lister est ensuite appliqué. L'opération a duré une heure et quart.

Le premier kyste pesait deux kilogrammes ; la partie extraite du second pesait neuf cents grammes.

Après quelques jours d'un mieux sensible, la malade fut prise, vers le 23 février, d'abord de symptômes pulmonaires, puis, quelques jours après, de symptomes de péritonite, auxquels elle succomba le 6 mars.

Ces trois observations diffèrent par des points essentiels, malgré la disposition à peu près identique du prolongement kystique enclavé dans le ligament large. Dans la première, qui datait de peu de temps, les adhérences étaient encore molles, et la décortication fut facile; aussi les suites furent celles des ovariotomies ordinaires.

La seconde nous montre un kyste qui, développé dans l'épaisseur du ligament, ne put être séparé, malgré tous mes efforts. L'opération fut donc incomplète ; aussi ce n'est qu'avec peine, et grâce à des soins assidus, que la malade résista aux tentatives de septicémie qui l'attirèrent plusieurs fois. Actuellement, elle est guérie en apparence, toute fistule a cessé, et cependant on peut craindre une récidive, car on sent dans l'abdomen, derrière la cicatrice, une masse formée par la portion restante du kyste, masse qui peut devenir le point de départ d'une récidive.

Enfin, chez la troisième malade, l'opération, incomplète, parut la mettre dans des conditions semblables à la seconde, au moins pendant les premiers jours. Mais bientôt survint de l'affaiblissement, des coliques, de l'inappétence, des menaces de suffocation. La malade mourut d'une péritonite purulente, probablement due à une propagation de la suppuration du kyste à travers la paroi trop mince qui le séparait du péritoine.

Les kystes enclavés dans le ligament large, dont je m'occuperai ici, sont des kystes proprement dits, ou multiloculaires, nés aux dépens de l'ovaire. J'en sépare complètement les kystes para-ovariens nés dans l'épaisseur du ligament large, aux dépens de l'organe de Rosen-Muller, mais n'ayant ni la même structure, ni la gravité des premiers.

Nous savons que tout kyste de l'ovaire pédiculé et flottant dans l'abdomen ne présente, au point de vue opératoire, aucune difficulté sérieuse, s'il n'a pas contracté avec les parois voisines des adhérences difficiles à déchirer.

On n'a pas assez insisté sur la distinction qu'il faut établir entre les variétés qui existent dans ces adhérences.

En effet, en dehors des adhérences proprement dites qui sont dues à une inflammation adhésive, partielles ou totales du péritoine qui ont uni la surface du kyste aux parties voisines, il existe une autre variété de moyens d'union, ou, pour nous exprimer autrement, la tumeur ovarienne peut contracter avec les parties voisines, en dehors de toute inflammation, des rapports tels, que la dissection devient difficile souvent même impossible.

Ce n'est plus l'inflammation qui est la cause de ces rapports insolites ou dangereux, c'est le mode de développement de la tumeur elle-même. Au lieu de s'étaler librement dans l'abdomen et de flotter dans la cavité péritonéale, comme l'ovaire où elle a pris naissance, et ne conservant comme connexion avec les organes voisins que les moyens d'union ordinaire de cet organe, la tumeur s'est infiltrée en partie dans le ligament large.

En se développant, le tissu propre du kyste a dépassé les limites de l'ovaire au niveau du pédicule de cet organe, il a rencontré les deux feuillets du ligament large entre lesquels son développement s'est fait sans trop grande difficulté.

Dans la plupart des cas, un lobe seul du kyste ovarique, celui qu'on pourrait appeler inférieur, évolue dans cette direction. Pendant ce temps, les autres parties s'accroissent du côté de la cavité péritonéale, et peuvent prendre un grand développement.

On a bientôt une tumeur composée de deux parties distinctes, l'une supérienre, libre dans le péritoine, ordinairement beaucoup

plus volumineuse, l'autre, cachée dans le ligament large, qui la recouvre de tous côtés.

Les conséquences de ce développement insolite de la tumeur, qui a ainsi quitté son lieu d'origine, sont faciles à comprendre si on se reporte à l'anatomie de la région.

A mesure que le kyste se développe en dédoublant les deux feuillets du péritoine, il tend à se mettre en contact d'une part avec les parties latérales de l'utérus, de la vessie et même de la partie supérieure du cul-de-sac vaginal ; d'autre part, avec les parois du bassin, les vaisseaux et nerfs iliaques et aussi avec l'uretère. Ces rapports sont directs, sans l'intermédiaire du péritoine, les tissus tendent ainsi à se confondre, et, à la longue, il pourra y avoir une véritable adhérence. Une circulation commune s'établira, d'où échange de vaisseaux entre la partie envahie et le kyste, qui se développe et augmente toujours. La vascularité de celui-ci est ainsi augmentée, sa vitalité plus grande, et, par conséquent, les sections qui doivent porter sur le tissu vasculaire intermédiaire donneront une grande quantité de sang, et compliqueront singulièrement l'opération. Mais c'est là une complication déjà certaine, due aux nouveaux rapports qui existent entre le kyste et les organes voisins.

Il est utile d'ajouter qu'avant d'arriver à cette période d'adhérence vraie, à cette intimité de tissu et de circulation, le prolongement kystique est pour ainsi dire libre dans l'épaisseur du ligament large. Les feuillets de celui-ci peuvent glisser facilement sur la surface de la tumeur, un tissu cellulaire lâche les sépare ou les unit mollement. La conséquence naturelle de cette disparition, au point de vue opératoire, est facile à saisir ; il suffira de pratiquer une énucléation véritable pour permettre l'extirpation du kyste.

En même temps que se produit ce dédoublement des feuillets du ligament large par la présence du prolongment ovarien, ces feuillets s'épaississent, se vascularisent, finissent à la longue par prendre des connexions intimes avec la tumeur, ce qui gêne beaucoup leur séparation au moment de l'opération. Souvent même, la séparation ne peut avoir lieu.

Le mode de développement de cette partie du kyste enclavée dans le ligament large est variable.

Dans une première variété, la plus fréquente, la tumeur se porte directement en bas et en dedans, de manière à se mettre en rapport directement avec le plancher pelvien, l'utérus, la vessie et les parois du petit bassin.

Dans une deuxième variété, elle se dirige en arrière, soulève en l'effaçant le ligament de Douglas, et vient se mettre en rapport avec l'intestin. Enfin, en atteignant la face antérieure des vertè-

bres lombaires, elle soulève le mésentère et l'intestin grêle, avec lequel elle contracte des adhérences. Dans ce cas, la dissection de la tumeur est plus périlleuse, à cause de ses connexions avec les gros vaisseaux et les parois intestinales.

Il est malheurement impossible, dans la plupart des cas, d'établir un diagnostic précis de cette position du kyste ovarique dans l'épaisseur du ligament.

Cependant, on peut le soupçonner, lorsqu'on sent une partie de la tumeur proéminante à côté ou derrière le col utérin, au niveau du cul-de-sac vaginal.

Si l'utérus est entraîné en haut, cela peut tenir aussi à ce fait que ces organes adhérents au kyste ont suivi celui-ci dans son développement du côté de l'abdomen.

Le cathétérisme vésical, faisant reconnaître que la partie supérieure de la vessie atteint un niveau élevé au-dessus du pubis, peut donner des renseignements utiles, car la vessie est aussi entraînée par le kyste.

Les lésions rénales avec rétention et urémie peuvent indiquer une compression de l'uretère (Kéberbé).

Enfin, la présence des intestins au-devant de la tumeur permettrait de penser qu'en se portant vers la colonne vertébrale, elle a soulevé le péritoine et, par conséquent, l'intestin.

Mais ces signes sont trompeurs, car beaucoup d'autres causes, tels que des adhérences inflammatoires, la position d'un prolongement kystique derrière l'utérus, peuvent donner les mêmes symptômes. Aussi ne peut-on avoir que des présomptions, mais aucune certitude avant l'opération; dans la plupart des cas, cette disparition n'a été reconnue qu'après l'ouverture de l'abdomen.

Le pronostic des kystes de l'ovaire présentant cet enclavement est ordinairement très grave, à cause de l'absence de pédicule.

En effet, tantôt le kyste pourra être séparé des feuillets du ligament large et des organes voisins par une dissection minutieuse; mais à sa place restera une surface saignante donnant des liquides abondants capables d'engendrer la septicémie. La dissection peut-être dangereuse, car on s'expose à blesser la vessie, l'uretère et l'intestin.

Tantôt, au contraire, une partie de la tumeur ne peut être enlevée; elle est abandonnée sur place, et, malgré toutes les précautions, elle peut devenir la cause d'accidents divers, d'une fistule permanente ou d'une récidive. M. Terrier, dans un mémoire récent paru dans la *Revue de chirurgie* en 1881, a démontré que ces opérations incomplètes étaient particulièrement graves et donnaient des résultats déplorables.

Lorsque le chirurgien, dans le cours d'une ovariotomie, se trouve

en présence d'un enclavement d'une portion de la tumeur dans le ligament large, il doit se demander si la décortication totale est possible ou si, au contraire, il doit abandonner une partie de la tumeur. Si la décortication peut se faire entièrement, il est toujours utile de diminuer autant que possible la plaie qui résulte de l'ablation du kyste, en suturant ensemble au moyen de petits catguts les lambeaux des feuillets du péritoine. On diminue ainsi l'écoulement de sérosité qui serait difficilement absorbée, et on supprime la nécessité d'un drainage souvent plus dangereux qu'utile.

Dans le cas où la décortication semble impossible, car je conseille toujours de la tenter dans tous les cas, malgré l'avis de certains auteurs, il faut se résigner à n'enlever que la partie du kyste qu'on peut faire saillir à l'extérieur.

La partie qui doit rester est fixée aux bords de l'incision abdominale par des points de suture rapprochés et même assujettis vers les parties supérieures et inférieures, au moyen de broches traversant largement la paroi abdominale.

La cavité kystique doit être nettoyée avec exactitude ; les bourgeons et les cloisonnements détruits autant que possible, et des tubes à drainage volumineux doivent plonger dans toute anfractuosité, afin d'assurer l'écoulement du liquide.

Dans quelques cas spéciaux, on pourra faire un drainage vaginal.

On ne saurait trop insister sur le traitement consécutif qui consiste à éviter toute rétention de liquides septiques pouvant entraîner des accidents graves. Des lavages fréquents avec des liquides antiseptiques, acide phénique, acide borique, eau-de-vie camphrée, etc., constituent le meilleur moyen. Enfin, si le fond de la cavité ou ses propres parois bourgeonnent trop abondamment, le chlorure de zinc pourra les réprimer. On arrivera ainsi, dans un assez grand nombre de cas, à guérir cette plaie fistuleuse, mais il faudra toujours plusieurs mois ou même des années.

Malheureusement, cette guérison apparente n'est souvent pas définitive, car les débris de ce kyste peuvent végéter de nouveau et constituer une véritable récidive qui, cette fois, sera au-dessus des ressources de la chirurgie.

Conclusions.

D'après les faits que j'ai observés et ceux qui sont publiés par divers chirurgiens, et aussi d'après l'opinion émise par ceux qui ont étudié ce sujet, je crois qu'on peut tirer les conclusions suivantes :

Les kystes proprement dits de l'ovaire (kystes multiloculaires), en partie infiltrés dans le ligament large et sans pédicule, ne doi-

vent pas être confondus, au point de vue opératoire, avec les kystes para-ovariens nés dans l'épaisseur du ligament.

Leur pronostic est plus grave que celui des kystes pédiculés, et même des kystes adhérents par inflammation.

Le diagnostic de l'enclavement est difficile et même, le plus souvent, impossible avant l'opération. Aussi le chirurgien s'expose à rencontrer quelquefois des difficultés inattendues tenant à cette disposition.

L'opération d'ovariotomie est alors rendue difficile et périlleuse à cause de l'absence de pédicule.

On doit choisir entre deux méthodes : l'*énucléation* ou *décortication* de la partie du kyste enclavé, quand cela est possible ; l'*ablation incomplète* du kyste.

Il est toujours bon d'essayer la décortication.

Quand celle-ci a réussi, elle laisse après elle une surface saignante, qu'il est bon de diminuer autant que possible au moyen de sutures réunissant les lambeaux du ligament large. Le drainage n'est pas nécessaire.

Si l'ablation ne peut être qu'incomplète, il est nécessaire de fixer la partie restante du kyste à la plaie abdominale, de nettoyer exactement la cavité, et d'assurer, au moyen de tubes volumineux plongeant dans les anfractuosités, l'écoulement des liquides.

Cette opération incomplète expose à la septicémie, à la péritonite purulente par voisinage et à l'épuisement de la malade par suppuration prolongée. Elle expose aussi au bourgeonnement continu de la partie kystique, empêchant la guérison.

Celle-ci n'est souvent qu'apparente ou temporaire, car elle peut être suivie d'une récidive aux dépens des débris du kyste.

Présentation de malade.

Rachitisme (congénital) développé et guéri avant la naissance.

M. Guéniot. La Société de chirurgie n'a certainement pas oublié la très importante communication faite devant elle par M. Parrot, au sujet des rapports du rachitisme avec la syphilis héréditaire. Elle n'a pas oublié non plus celle de notre collègue M. Cazin (de Berck). qui a savamment opposé à la doctrine de M. Parrot toute une série d'objections. Enfin, la discussion qui eut lieu à cette occasion est encore trop présente à l'esprit de tous pour qu'il soit nécessaire d'en évoquer les points principaux. Je rappellerai simplement la conclusion qui semble ressortir de ces débats au sein de notre

société, c'est que : *le rachitisme ne reconnaîtrait pas seulement pour cause la syphilis héréditaire, comme le veut M. Parrot, mais il pourrait dériver encore d'autres influences morbides tout à fait étrangères à la syphilis.*

Cette conclusion est-elle absolument fondée, et peut-on la considérer comme une vérité définitivement acquise ?

Je sais que M. Parrot se refuse toujours à l'admettre, et que, malgré tous les arguments qui lui ont été opposés, il persiste dans sa manière de voir exclusive. Pour moi, qui ai suivi, sans idée préconçue et avec le plus vif intérêt, cette importante discussion, je dois avouer qu'il me reste bien des doutes encore au sujet de cette grande question d'étiologie, et j'imagine que plus d'un d'entre vous partage mon incertitude. Afin de dissiper les obscurités, c'est évidemment à de nouveaux faits bien observés qu'il convient d'en appeler. A ce titre, je me persuade que le cas dont je viens vous entretenir sera d'un haut intérêt.

Le nouveau-né que j'ai l'honneur de vous présenter ici est un enfant du sexe masculin, né le 1er juin dernier (par conséquent âgé de 27 jours), et qui a été récemment apporté dans mon service pour une conjonctivite purulente des deux yeux. Son développement général est à peu près celui d'un enfant ordinaire venu à terme. Dès sa naissance, il paraît avoir souffert d'une alimentation insuffisante. Aussi, quoique maintenant pourvu d'une nourrice et déjà en voie d'amélioration, offre-t-il encore un aspect peu vigoureux ; son cri est particulièrement faible, et la diarrhée dont il était atteint n'a pas encore complètement disparu. Il existe dans les aines, à droite et à gauche, une petite hernie facilement réductible.

Quant à la peau, elle est, sur tous les points, complètement nette et exempte d'éruption, cicatrice ou macule. Il en est de même des diverses muqueuses, dans leurs parties accessibles à la vue.

Mais ce qu'il importe surtout que vous constatiez chez cet enfant, ce sont les difformités rachitiques dont ses membres sont affectés. On peut dire que ses articulations offrent un type de *nouure*, de même que ses tibias présentent un type d'incurvation spéciale. Ainsi, les genoux sont proportionnellement très volumineux, et vous voyez que cet excès de volume dépend de l'hyperostose des extrémités épiphysaires. Ces dernières, sur les fémurs comme sur les tibias, sont en effet relativement énormes et, pour ainsi dire, bossuées. Aux coudes, aux poignets et aux articulations tibio-tarsiennes, on constate une disposition analogue, quoique beaucoup moins accusée. Le jeu de ces diverses articulations reste, d'ailleurs, parfaitement libre, et les membres conservent toute leur intégrité fonctionnelle.

La courbure si exagérée des tibias offre ceci de particulier que

sa concavité regarde en dedans ; d'où il suit que les deux jambes rapprochées circonscrivent un intervalle elliptique. Cette incurvation n'est autre qu'une amplification extraordinaire de la courbure naturelle qui se rencontre chez tous les nouveau-nés, et qui résulte de l'attitude particulière des membres dans la matrice. On sait, en effet, que les deux jambes du fœtus se trouvent non seulement fléchies, mais encore très rapprochées et même souvent croisées l'une au-devant de l'autre à leur partie inférieure, tandis que dans leur partie supérieure elles sont, au contraire, assez fortement écartées. Or, avec une telle disposition, le ramollissement rachitique des tibias a dû nécessairement conduire à cette grande exagération de leur courbure normale.

Est-il besoin de rappeler que, dans le rachitisme qui survient après la première enfance, la déformation des tibias s'opère dans un sens inverse, c'est-à-dire que la convexité des courbures regarde en dedans et en avant? Cette différence s'explique par l'usage de la station debout et de la marche chez le jeune sujet.

Vous voyez le menton de mon petit rachitique se terminer en pointe ; et ce caractère, joint à la dépression très profonde de la racine du nez, donne à la physionomie un aspect singulier. Mais le maxillaire inférieur n'entre que pour une faible part dans cette configuration, qui est due principalement à la saillie des parties molles.

Quant au crâne, il présente un développement moyen, celui que l'on rencontre chez les nouveau-nés de taille ordinaire. Son degré d'ossification, de même que sa conformation, ne s'écartent point de l'état normal. Peut-être cependant les os frontaux sont-ils plus aplatis en avant que d'ordinaire.

La cage thoracique n'offre pareillement aucune difformité. Du reste, le rachitisme eût-il atteint les côtes, qu'il n'en résulterait pas nécessairement une déformation, puisque le fœtus n'a pas à faire usage de ses muscles respirateurs pour les besoins de l'hématose.

Fait très important à noter, le squelette, dans tous ses points, présente une solidité et une résistance normales. Nulle part on ne découvre de pièce osseuse qui soit affectée d'une flexibilité insolite. L'altération qui a frappé le tissu de certains os, celui des os longs en particulier, se trouve donc avoir aujourd'hui complètement disparu. Et certes, ce n'est pas la moins étonnante des particularités de ce fait clinique, que celle qui nous montre ainsi un exemple frappant de rachitisme développé, puis guéri pendant la vie intra-utérine. De telle sorte que la cause, quelle qu'elle soit, qui d'abord a engendré la maladie a dû perdre ensuite toute activité ; et cela, bien que le fœtus continuât de vivre dans des conditions en apparence identiques ! Mais je n'insisterai pas sur ce point si capital,

me réservant d'y revenir lorsque je pourrai vous communiquer l'observation complète.

Pour aujourd'hui, mon but est simplement de mettre sous vos yeux, sans aucun parti pris, la pièce principale d'un procès dont l'enquête reste tout entière à faire. J'ignore encore absolument ce que celle-ci, poursuivie chez le père, chez la mère et dans toute la famille de cet enfant, pourra nous révéler au sujet de l'étiologie du rachitisme. Mais, exécutée dans de telles conditions, je serais surpris qu'elle ne jetât pas quelque lumière sur la question en litige.

M. Beauregard (du Havre) présente un malade qu'il avait déjà présenté à la Société dans la séance du 25 avril, et lit une note complémentaire de celle qu'il avait lue dans la même séance sur la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule.

Cette note est renvoyée à la même commission, composée de MM. Auger, Nicaise et Chauvel, rapporteurs.

La séance est levée à 5 h. 10 minutes.

Le secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 4 juillet 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° M. Verneuil offre à la Société, de la part de M. le Dr Coutaret, de Roanne, un volume intitulé : *Vingt-cinq ans de chirurgie dans un hôpital de petite ville et à la campagne;*

3° M. Polaillon présente, de la part de M. le Dr Arragon, un travail intitulé : *Étude sur les angiomes des muqueuses.*

A propos du procès-verbal.

Note sur l'opération de l'ovariotomie lorsque le ou les kystes sont inclus en partie ou en totalité dans les ligaments larges,

Par M. Terrier.

Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Terrillon a cru devoir attirer votre attention sur certaines particularités anatomiques du développement des kystes de l'ovaire dans les ligaments larges et sur les indications opératoires qui en découlent.

Cette question, fort intéressante à résoudre, doit être d'autant plus étudiée qu'il en est assez peu fait mention dans les traités sur la matière, et que la plupart des chirurgiens qui ont pratiqué ces opérations se sont trouvés en présence de ces inclusions kystiques dans les ligaments larges, et ont dû prendre un parti opératoire souvent fort variable, comme je vais essayer de le prouver par des exemples tirés exclusivement de ma pratique personnelle.

On vous a longuement rapporté trois observations de kystes développés dans les ligaments larges, je puis vous en relater sept; ce qui, dès maintenant, indique que ces faits ne sont pas très fréquents, puisque je n'ai pu trouver que sept observations sur soixante-trois opérations.

J'ajouterai, pour vous rassurer, que je n'ai nullement l'intention de vous lire *in extenso* ces observations détaillées, mais qu'au contraire, je ne citerai que très succinctement ce qui se rapporte à l'objet de mes remarques : L'*intervention chirurgicale*. De plus, je me garderai bien de vous relater ma seule observation, où les adhérences pelviennes étaient tellement intimes que l'opération a dû être incomplète, comme dans deux des faits de M. Terrillon.

A cet égard, notre collègue a eu tort, je crois, de traiter à la fois des inclusions kystiques dans les ligaments larges et des opérations incomplètes auxquelles ces inclusions peuvent donner lieu. Cela tient probablement à ce que n'ayant en tout que trois observations dont deux dans lesquelles l'opération n'a pu être complète, il a cru que le fait se présentait souvent dans les inclusions kystiques des ligaments larges. C'est là une légère erreur, croyons-nous; car, sur nos sept observations, sept fois l'opération a pu être entièrement terminée.

Dans un autre travail[1], d'ailleurs, cité par notre collègue, j'ai étudié ces opérations incomplètes, et je me suis efforcé d'en déterminer la valeur au point de vue clinique. Les deux faits nou-

[1] *Revue de chirurgie*, p. 625, 1881.

veaux de M. Terrillon ne changent absolument rien à mes conclusions, je crois donc inutile d'y insister plus longtemps.

Reste l'observation dans laquelle on a pu finir l'opération, et à propos de laquelle M. Terrillon cherche à déterminer le *modus faciendi* que doit suivre le chirurgien en présence de ces cas si complexes.

Dans l'ovariotomie qu'on peut appeler ordinaire, commune, le pédicule, et j'insiste ici sur le pédicule vasculaire, seul ou presque seul important pour l'opérateur, le pédicule, dis-je, plus ou moins mince, plus ou moins long, parfois large et court, est formé par la réunion des vaisseaux utéro-ovariens et des vaisseaux utérins provenant surtout de l'angle de l'utérus.

C'est ce pédicule que l'on traite par le clamp, par des ligatures métalliques ou autres; c'est lui qu'on attire au dehors ou bien qu'on laisse dans la cavité abdominale, pratique presque générale aujourd'hui, quoi qu'en dise l'auteur d'un récent article sur l'ovariotomie [1].

Mais les choses ne se présentent pas toujours ainsi; le kyste devenant plus volumineux, ou plutôt le pédicule s'élargissant, les vaisseaux tendent à se dissocier, et l'on peut observer deux pédicules, l'un interne, que j'appellerai *utérin;* l'autre externe, *utéro-ovarien*. Entre ces deux pédicules, le kyste arrive jusqu'au bord supérieur du ligament large, parfois même le dédouble un peu, sans, d'ailleurs, y contracter des adhérences très intimes; aussi est-il facile de les dissocier et de libérer la tumeur, dès que les deux pédicules sont liés et sectionnés.

J'ai observé deux cas très nets de cette forme de pédicule :

A. Le premier, chez Mme T..., de Moulins, opérée avec l'aide de MM. les professeurs Verneuil et Duplay, le 11 juin 1878.

La masse polykystique, présentant presque le volume d'une tête de fœtus, est située en partie dans le ligament large droit. On peut s'assurer en effet que le kyste présentait en quelque sorte deux pédicules, l'un supérieur, déjà sectionné et maintenu par une pince en T, qui correspond aux vaisseaux utéro-ovariens; l'autre, très court, très rapproché de l'angle droit de l'utérus, et renfermant des artères utérines.

Le premier pédicule fut lié avec deux fils, le second fut fixé au dehors avec une broche et serré dans deux anses métalliques. Le kyste fut alors enlevé. La malade guérit.

B. Le second cas, chez Mme Bourguin-Lebègue, opérée à la Salpêtrière, le 21 octobre 1881, avec l'aide de mes collègues et amis MM. Perier, Just Championnière et Berger.

[1] *Dict. encycl. des sc. méd.*, 2e série, XIX, p. 336, 1883.

On constate l'existence de deux pédicules, l'un à droite, du côté de l'utérus, l'autre à gauche, formé par les vaisseaux utéro-ovariens. Le fait fut constaté pendant l'opération et à l'autopsie, la malade ayant été emportée par une péritonite aiguë.

Cette disposition des vaisseaux en deux pédicules est importante à connaître pour se rendre compte des diverses manœuvres que peuvent nécessiter les kystes inclus en partie ou même presque totalement dans les ligaments larges.

Ici, en effet, la tumeur uni- ou multiloculaire se développe non seulement au bord supérieur du ligament large, mais dédouble ses lames, d'ailleurs, souvent hypertrophiées, et pénètre quelquefois jusqu'au plancher pelvien. Parfois même, le dédoublement se poursuit en arrière et le kyste s'insinue jusqu'en avant du rachis, comme on en a cité des exemples. N'en ayant jamais opéré, je n'en parlerai pas et me contenterai du dédoublement des lames du ligament large.

Ici encore, on retrouve les deux pédicules principaux mentionnés plus haut: l'interne ou utérin, l'externe ou utéro-ovarien. Tantôt ces pédicules sont faciles à isoler, tantôt, au contraire, on les constitue plus difficilement, leurs éléments vasculaires étant encore quelque peu dissociés.

C'est dans ces cas qu'il faut avoir recours à l'énucléation du kyste ou des masses polykystiques, énucléation faite déjà bien des fois, et qui a donné des résultats de beaucoup préférables à ceux d'une opération incomplète, ce qu'on avait conseillé jadis.

Mais comment pratiquer cette énucléation, quelle méthode suivre ? Vous allez voir par des exemples très courts combien cette manière de faire est complexe, et combien il est imprudent de proposer un unique *modus faciendi*, en s'appuyant sur un seul fait.

Voyons les observations que j'ai pu réunir :

I. Mme Bouchet, opérée le 29 mai 1879 à la Salpétrière avec l'aide de mes collègues MM. Perier, Just Championnière, Berger.

L'ovaire droit est enlevé et le pédicule est fixé au dehors. A gauche, on constate l'existence d'un kyste du ligament large qu'on ponctionne et qui se vide mal. Déchirant alors le ligament large en avant, on décolle et énuclée la masse kystique à l'aide des ongles, son adhérence en dedans avec l'angle utérin est sectionnée après y avoir placé deux ligatures au catgut. En dehors, il existe un véritable pédicule formé par les vaisseaux utéro-ovariens, on y applique deux ligatures en soie phéniquée. Le kyste est enlevé. La malade guérit très bien de cette double ovariotomie.

Ici donc, on déchire le ligament large en avant, on décortique

le kyste, on fait les deux pédicules, on les lie et on enlève la tumeur.

II. Mme Dubois, veuve Clément, de Honfleur (Calvados), opérée le 3 février 1880, à la Salpêtrière, avec l'aide de MM. Perier, Just Championnière et Berger.

La masse polykystique adhère à l'angle gauche de l'utérus et au ligament large gauche par un énorme pédicule renfermant lui-même des productions kystiques.

Une double ligature est placée au niveau de l'angle utérin ; une autre double ligature est faite à gauche de la masse et étreint un gros faisceau vasculaire.

L'hémostase assurée en grande partie, le kyste est excisé et la portion qui plonge entre les lames du ligament large est ensuite énucléée avec les doigts et des ciseaux. On arriva ainsi jusqu'au plancher pelvien et on disséqua l'uretère gauche. Peu de vaisseaux furent ouverts, car deux pinces hémostatiques suffirent pour arrêter le sang, et on ne fit pas de ligatures.

Voici donc encore une autre façon de faire : on lie d'abord les deux pédicules, on excise la partie gênante du kyste, celle qui fait saillie dans le ventre, puis, avec peine et avec soin, on énuclée, on dissèque même les productions kystiques enclavées dans le ligament large, en ménageant l'uretère. La malade guérit très vite.

III. Mme Dupuis, née Gatine, est opérée le 18 novembre 1881 à la Salpêtrière, avec l'aide de MM. Perier, Just Championnière et Berger.

La masse polykystique est enclavée et adhérente vers le bassin. De gros vaisseaux, situés à gauche d'une poche kystique, sont saisis par des pinces en T, sectionnés et liés ultérieurement. La lame péritonéale du ligament large qui recouvre le kyste est ouverte, et celui-ci est peu à peu énucléé ; on est obligé d'utiliser les ciseaux, et on arrive à des vaisseaux qui sont sectionnés entre deux ligatures, le kyste est donc libéré en dehors.

Le pédicule de l'angle utérin gauche est lié avec deux fils croisés en X et le kyste est enlevé. — La malade guérit.

Troisième observation, troisième méthode : on lie le pédicule utéro-ovarien, on énuclée le kyste, après avoir ouvert la lame antérieure du ligament large, et on finit par l'angle interne ou pédicule utérin. Le kyste est alors enlevé.

IV. Mme Fremendity, opérée le 12 janvier 1882 avec l'aide de MM. Perier, Berger et Terrillon.

On avait affaire à des kystes multiloculaires des deux ovaires, et tous deux inclus en partie dans les ligaments larges.

Du côté gauche, on lie de gros vaisseaux et la trompe. Grâce à la déchirure des tissus et après évacuation successive des diverses poches kystiques, on finit par énucléer peu à peu et en dehors la masse polykystique du ligament large. Les adhérences internes avec l'angle de l'utérus sont contournées avec le doigt et on y place un fort fil de soie. La masse polykystique fut alors enlevée. Quelques pinces furent placées sur des vaisseaux ouverts.

Du côté droit, on essaye de même l'énucléation, après ponction et ouverture des diverses loges de la masse morbide. Ici, les choses sont beaucoup plus difficiles, en ce sens qu'il n'y a pas de pédicule vasculaire appréciable, et qu'en outre les adhérences sont très intimes avec les parties voisines, et en particulier avec l'intestin rectum en arrière.

Soit avec les doigts, soit à coups de ciseaux, la masse est peu à peu énucléée ; en dehors,on trouve une sorte de pédicule vasculaire qui est saisi et lié, il est probablement formé par les artères et veines utéro-ovariennes. En arrière, les adhérences intestinales sont déchirées, elles saignent, et des ligatures sont appliquées sur les vaisseaux.

La masse tient encore vers le bord et l'angle droits de l'utérus, et cela d'une façon telle qu'il est impossible de l'enlever par décortication. Un pédicule fut alors fait avec la masse kystique, et il fut maintenu en dehors avec deux broches en croix, après avoir été étreint par une anse métallique. La malade guérit de cette double ovariotomie.

Comme on le voit, le *modus faciendi* a été très différent pour chaque côté.

A gauche, je procédai comme dans l'observation III ; à droite, après avoir fait un pédicule extérieur et avoir énucléé le kyste dans sa plus grande étendue, je ne puis continuer en dedans, et je fus obligé d'agir comme jadis, c'est-à-dire de faire un pédicule artificiel avec les débris du kyste et de le fixer au dehors.

V. Mme San Pietro, opérée à la Salpêtrière, le 7 mai 1882, avec l'aide de MM. Perier, Berger et Terrillon.

Le pédicule est très large, car le kyste plonge dans le ligament large droit.

Je lie les vaisseaux utéro-ovariens, le kyste est énucléé avec les doigts entre les deux lames du ligament large jusqu'à l'angle de l'utérus ; là, le pédicule utérin est fait et lié ultérieurement, et le kyste est enlevé. Notons que le fond du ligament large saigne et nécessite l'application de huit ligatures.

Le second ovaire malade est enlevé. L'opérée a très bien guéri.

Dans ce fait comme dans l'observation III et comme pour la tumeur gauche de l'observation IV, on a lié le pédicule externe, énucléé le kyste situé entre les lames du ligament large, puis fait et lié le pédicule interne, ce qui permit d'enlever la tumeur.

VI. Mme T..., opérée le 8 mai 1883, avec l'aide de MM. le professeur Verneuil, Perier et Just Championnière.

Kystes multiloculaires dans les deux lames des deux ligaments larges. Lobe kystique adhérent dans le bassin au cul-de-sac recto-vaginal.

A droite, section de la lame antérieure du ligament large correspondant; on isole la masse polykystique, qui s'étend jusque vers la fosse iliaque, cet isolement est pénible, et on arrive jusqu'au bord droit de l'utérus.

Cette énucléation est laissée momentanément inachevée, toutefois on assure l'hémostase en liant le pédicule utérin et en plaçant des pinces sur les vaisseaux.

A gauche, on découvre et lie le pédicule utéro-ovarien, puis on déchire et ouvre la lame antérieure du ligament large, de façon à énucléer la masse polykystique, qui plonge jusqu'au plancher périnéal, adhérant partout au vagin et au rectum. Mais, ne pouvant prolonger aussi loin l'énucléation, il fallut, à coups de ciseaux, séparer la tumeur du côté gauche de l'utérus; à l'aide de ligatures et de pinces, on obtient l'hémostase. L'énucléation put être achevée. 10 à 12 points de suture furent placés sur le bord gauche de l'utérus pour assurer l'hémostase et l'adossement des lames du ligament large; 6 ligatures en chaîne avaient été placées à l'angle utérin.

On retourna à droite, et, à l'aide de coups de ciseaux, on put séparer la masse polykystique du bord droit utérin ; une suture en surjet au catgut fin fut faite pour obtenir l'hémostase et l'adossement des surfaces cruentées du ligament large.

La malade mourut le 5e jour, de péritonite aiguë.

Ici, donc, indépendamment des ligatures placées sur les pédicules utérin et utéro-ovarien, je tentai la suture des parties cruentées du ligament large, tentative autorisée par le volume considérable de l'utérus et la profondeur à laquelle s'enfonçaient les kystes dans les ligaments larges.

Le résultat fut rien moins qu'heureux, et n'est pas très encourageant pour cette manière de procéder. Il est vrai qu'il s'agissait d'un cas absolument exceptionnel au point de vue des difficultés opératoires et des adhérences pelviennes.

VII. M[lle] Japiot est opérée le 22 mai 1883, à l'hôpital Bichat, avec l'aide de MM. Perier, Just Championnière et Berger.

Le kyste, situé à droite, adhère à la paroi abdominale et à l'épiploon; à son côté externe se trouvent la trompe et le pédicule utéro-ovarien, qui est sectionné entre deux pinces courbes et lié ultérieurement.

En bas, large adhérence qui ne paraît autre que le ligament large droit dédoublé et très hypertrophié. On cherche à énucléer le kyste de cette adhérence, ce qui donne beaucoup de sang et nécessite l'application de nombreuses pinces hémostatiques. Cette énucléation est poursuivie jusqu'aux environs de l'angle droit de l'utérus, sur lequel on met une pince courbe pour enlever la tumeur, et dont l'hémostase est ensuite assurée par une double ligature en soie. Les artérioles qui donnent après l'enlèvement des pinces hémostatiques sont liées.

La malade succombe, 36 heures après l'opération, de péritonite suppurée en quelques points.

Ici donc, comme dans les observations III, IV et V, on a lié le pédicule utéro-ovarien, énucléé le kyste, enfin, fait le pédicule utérin avant l'ablation totale de la tumeur.

Ce court aperçu sur le *modus faciendi*, utilisé dans nos sept opérations, est la meilleure preuve que nous puissions donner en faveur de notre thèse, à savoir que des règles absolues sont impossibles à établir pour ces cas compliqués et par conséquent graves.

Toutefois, il nous paraît utile de se rappeler la disposition générale des vaisseaux qui abordent la tumeur, pour rechercher tout d'abord le pédicule externe, celui qui provient des vaisseaux utéro-ovariens, et qui, dans la plupart des cas, offre des artères d'un gros calibre.

Ce pédicule trouvé, isolé et sectionné entre deux ligatures, on peut aborder l'énucléation du kyste. Tantôt il suffira de déchirer le feuillet péritonéal pour faire cette énucléation, tantôt il faudra sectionner la paroi antérieure du ligament large, le plus souvent hypertrophié.

Cette énucléation n'est rien moins que facile, soit par suite d'adhérences résistantes qui nécessitent l'usage toujours dangereux des ciseaux, soit parce qu'on peut sectionner des vaisseaux importants, qu'il faut ou bien lier avant la section, ce que nous avons pu faire dans un cas, ou bien pincer avec des pinces à pression et lier ultérieurement. Dans un cas nous avons dû disséquer l'uretère.

Arrivé vers le bord latéral et surtout vers l'angle supérieur de l'utérus, le kyste y adhère toujours fortement, à cause du ligament utéro-ovarien et des vaisseaux utérins qu'il renferme. Il faut

donc faire ici un véritable pédicule et le lier avec un, deux et même trois fils disposés en chaîne.

Seulement alors, on enlève la tumeur.

Ces règles ont été suivies ou à peu près dans les observations III, IV, V et VII que je vous ai rapportées; mais on peut les modifier.

Par exemple, on peut enucléer d'abord le kyste, puis faire et lier ses deux pédicules externe et interne avant l'ablation définition de la tumeur. Ou bien faire et lier les deux pédicules, les sectionner et énucléer le kyste.

Enfin, il est des cas qui échappent à ces diverses règles, et parmi eux on peut rappeler nos observations IV (pour le côté droit) et surtout l'observation VI.

Dans cette dernière, et dans les conditions spéciales où se trouvait l'utérus au niveau des bords internes des ligaments larges, nous eûmes l'idée de faire la suture des deux surfaces cruentées de ces ligaments. Procédé que nous avions utilisé pour l'hystérotomie, et que nous avons vu employer à notre collègue et ami M. Perier dans une de ses ovariotomies.

Le résultat ne fut pas heureux; malheureusement l'absence d'autopsie ne permet pas d'incriminer ou de libérer ces sutures multiples, auxquelles il faudrait peut-être préférer des ligatures sur les vaisseaux donnant du sang.

Si, dans les pages qui précèdent, je ne me suis pas occupé de la nature des kystes inclus dans les ligaments larges, c'est que je n'y ai observé jusqu'ici que des formations polykystiques. Et, d'ailleurs, aurait-on affaire à un kyste parovarien ou dermoïde, les grandes lignes opératoires que je me suis efforcé de tracer me paraissent analogues à celles des kystes multiloculaires.

En terminant, je me permettrai encore quelques remarques sur le diagnostic de ces kystes inclus en partie ou en totalité dans les ligaments larges.

On a affirmé qu'il n'y avait pas de signes caractéristiques de cette véritable complication des kystes de l'ovaire, cette observation est exacte, mais à la condition qu'on parle de signes pathognomoniques.

Si, en effet, nous prenons chacune de nos observations, nous trouvons qu'à la première on avait constaté l'immobilité de l'utérus et l'existence de tumeurs dans les culs-de-sac, tumeurs adhérentes à la matrice. En somme, le diagnostic avait été fait, et mon collègue et ami M. Berger doit se le rappeler, car il s'agissait d'une de ses malades.

Dans la deuxième observation, l'utérus est repoussé en haut par

la masse kystique, et on diagnostique des adhérences probables péri-utérines.

Dans le troisième fait, la tumeur était très nettement appréciable sur le côté de l'utérus, si bien qu'on crut à une néoformation de l'utérus et des ovaires avec ascite.

Dans l'observation IV, l'utérus est refoulé en haut et en arrière par une masse qui remplit le cul-de-sac antérieur.

Dans l'observation V, le cul-de-sac antérieur est aussi rempli par une masse kystique.

Les signes fournis par le toucher vaginal étaient encore plus nets chez la malade de l'observation VI. Le col, inaccessible, était derrière le pubis et le cul-de-sac postérieur entièrement rempli par la tumeur, si bien que M. le professeur Verneuil et moi nous avions porté un pronostic très grave.

Chez une autre, l'utérus était très élevé, peu mobile, et le cul-de-sac postérieur rempli par la tumeur.

Quoique ces symptômes tirés du toucher vaginal n'aient pas une valeur absolue, nous croyons qu'ils ont une grande importance et qu'ils doivent entrer en ligne de compte dans le diagnostic, et j'ajouterai dans le pronostic opératoire.

Je termine ici, messieurs, les quelques remarques que j'avais à vous faire sur cette question un peu spéciale, mais difficile.

M. Pozzi. Les observations qui viennent de nous être lues par MM. Terrillon et Terrier sont certainement très intéressantes, mais il ne faudrait pas nous présenter la question comme nouvelle, et nous faire découvrir des choses depuis longtemps introduites dans la pratique des ovariotomistes. C'est ainsi qu'en France nous avons déjà la thèse de Urdy, faite d'après certaines observations de Pean, et dans laquelle sont indiquées toutes ces difficultés, connues, d'ailleurs, des premiers chirurgiens qui ont fait l'ovariotomie.

Les ablations partielles avec fixation des bords de la poche kystique à la plaie abdominale sont également connues. Les Américains ont même inventé, pour désigner cette méthode, un mot expressif, celui de marsupialisation du kyste, en raison de la ressemblance de la poche ainsi formée, avec la poche utéro-abdominale de certains animaux. Ce mot peint très bien la chose, et, à ce titre, il mérite de prendre droit de cité en France.

M. Polaillon. Si j'ai bien compris la communication de M. Terrillon, elle comprend deux parties, l'une pathogénique, l'autre thérapeutique.

La première traite du mode de formation des adhérences inférieures. Notre collègue pense que dans les cas d'adhérences inférieures la tumeur ovarienne s'est développée dans le ligament

large, de manière à le déplisser, à s'en coiffer pour ainsi dire et à affecter des rapports intimes en dedans avec l'utérus, en avant avec la vessie, en arrière avec le rectum, l's iliaque et les méso-colons. Cette opinion peut être exacte dans certains cas, mais on se tromperait en la généralisant, car il y a un bon nombre de kystes de l'ovaire qui adhèrent à la vessie, à l'utérus, au rectum et aux parois du bassin, et qui, cependant, ne sont pas des tumeurs intra-ligamentaires. Je pourrai en citer plusieurs exemples.

Toute la question pratique se résume à reconnaître si un kyste de l'ovaire, intra-ligamentaire ou extra-ligamentaire peu importe, adhère ou non au bassin ou aux organes du bassin, et de quelle nature sont ces adhérences. Or, ce problème est ordinairement complètement insoluble pendant la vie.

Dans la seconde partie de son travail, M. Terrillon examine ce que l'on doit faire lorsque des adhérences empêchent de pédiculiser la tumeur. Faut-il la disséquer complètement, la décortiquer, puis l'enlever en totalité? Faut-il, au contraire, respecter les adhérences trop profondes ou trop intimes, n'enlever qu'une partie de la tumeur et suturer la paroi abdominale autour de la portion qu'on laisse?

Il n'est pas possible de donner ici une règle absolue. Comme MM. Terrillon et Terrier, j'ai des préférences pour la décortication complète, si les adhérences sont celluleuses et peu vasculaires. Mais, si les adhérences sont solides et étendues, si on est obligé de les disséquer avec le bistouri ou les ciseaux, on produit une perte de sang et un traumatisme dont les malades se relèvent rarement, sans compter que l'hémostase est toujours très difficile et que les hémorragies secondaires sont toujours à craindre. Dans la plupart des cas où j'ai voulu pousser très loin la décortication, je m'en suis mal trouvé.

Dans une opération qui a beaucoup d'analogie avec une de celles que M. Terrier vient de citer, et qui a été faite avec l'assistance de mon excellent collègue de la Pitié, le professeur Verneuil, j'ai perdu ma malade, par suite d'une ablation poursuivie jusqu'à ses dernières limites.

Il s'agissait d'une femme de 25 ans qui fut ovariotomisée le 5 décembre 1880, et chez laquelle nous trouvâmes les deux ovaires atteints de kyste. La tumeur ovarienne droite était beaucoup plus volumineuse que la gauche. Après avoir ponctionné le kyste du côté droit de manière à l'attirer au dehors, nous constatâmes qu'il était retenu par de nombreuses adhérences aux organes du bassin. Le bord droit de l'utérus était intimement uni à la tumeur. Nous passâmes deux fils de soie à travers ce bord, nous le liâmes et nous le détachâmes du kyste. En dehors, nous liâmes les artères utéro-

ovariennes et nous détachâmes le kyste en ce point. Cela fait, nous pûmes pédiculiser la base du kyste et l'enlever.

Toute cette première partie de l'opération fut longue, pénible, et produisit la perte d'une grande quantité de sang. Nous aurions dû borner là l'action chirurgicale et ne pas enlever, pour le moment, l'ovaire gauche. Mais nous voulûmes faire une opération complète.

La tumeur de l'ovaire gauche, beaucoup moins volumineuse que celle de l'ovaire droit, était fixée dans le petit bassin et adhérait au rectum et à l'utérus. Nous l'isolons de l'utérus; nous l'isolons ensuite, autant que possible, du cul-de-sac péritonéal, du vagin et du rectum, mais il reste encore contre le rectum une masse solide qu'il est impossible de détacher. Nous prenons le parti de la circonscrire avec une anse de fil de fer, et nous détachons les tissus morbides situés au-dessus. Une petite portion de la paroi antérieure du rectum fut pincée dans l'anse du fil de fer.

Cette seconde partie de l'opération produisit encore l'écoulement d'une assez grande quantité de sang. Nous épongeâmes avec soin le cul-de-sac péritonéal. Nous complétâmes l'hémostase en faisant quelques ligatures avec le catgut. Puis nous suturâmes la paroi abdominale.

L'opération avait duré une heure trois quarts.

La malade succomba le lendemain.

Cette observation montre que dans de pareilles conditions il ne faut pas persister à faire une opération complète. Il vaut beaucoup mieux laisser au-dessous d'un pédicule formé avec le corps de la tumeur les parties qu'on ne peut disséquer sans danger.

L'ovariotomie incomplète expose sans doute l'opérée à des proliférations épithéliales au niveau du pédicule que l'on a fixé dans la suture abdominale. J'ai vu cette prolifération se produire chez une jeune femme qui avait été opérée et guérie par M. Pozzi. Un an environ après l'opération, la cicatrice s'hypertrophia et s'ulcéra. L'ulcère végéta comme un cancroïde, et la malade mourut de cachexie cancéreuse. Mais cette éventualité est assez rare pour qu'on ne doive pas s'en inquiéter outre mesure. Dans un grand nombre de cas, l'ovariotomie incomplète est suivie d'une guérison définitive, soit que la portion de tumeur laissée dans le ventre reste stationnaire, soit même qu'elle s'atrophie.

L'atrophie de la portion restante de la tumeur mérite d'appeler l'attention des ovariotomistes. Je l'ai observée dans un cas qui a été publié par un de mes internes, M. Luizy (*Bulletin de la soc. clinique de Paris*, p. 157, t. V, 1881), et qui mérite d'être rapporté ici en abrégé.

Nous avions affaire à un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, avec un prolongement solide repoussant l'utérus et le vagin du

côté gauche de l'excavation pelvienne, chez une femme de 24 ans. L'ovariotomie fut pratiquée le 11 novembre 1880. La base du kyste faisait corps avec le prolongement solide, qui était absolument fixé dans le petit bassin et englobait l'utérus. Devant l'impossibilité d'enlever cette tumeur, nous fixâmes à la paroi abdominale ce qui restait de l'enveloppe kystique. Les suites furent simples et la malade se levait au bout de 27 jours.

Nous avons revu cette malade plusieurs fois après son opération, et la dernière fois au commencement de cette année (1883). Elle a une éventration très large, ce qui permet de déprimer la paroi abdominale sur la ligne blanche, et de plonger la main du côté de l'excavation pelvienne. Or, on ne sent plus la grosse tumeur qui existait au-dessous du pédicule. En pratiquant le toucher vaginal, on constate que l'utérus est mobile dans tous les sens, situé dans l'axe du bassin, et que la tumeur solide qui repoussait le vagin et l'utérus à gauche a complètement disparu. C'est donc là un fait *d'atrophie d'une grosse portion du kyste laissé dans le ventre* après une ovariotomie qu'il n'a pas été possible de faire complète.

Enfin, M. Terrillon insiste sur la gravité toute particulière du pronostic après l'ovariotomie des kystes intra-ligamentaires. J'ajouterai que cette gravité existe pour toutes les tumeurs ovariennes qui affectent des adhérences étendues avec les organes du bassin, bien qu'elles ne soient pas développées dans les ligaments larges. Cette gravité même de l'opération, que l'on ne peut bien reconnaître qu'après l'incision abdominale, indique au chirurgien de ne pas aller plus loin. Il faut, en effet, refermer immédiatement la paroi abdominale dans les cas où on juge que l'ablation de la tumeur est impossible sans produire des délabrements considérables et sans compromettre immédiatement les jours de la patiente. L'opération se borne alors à une laparotomie exploratrice qui offre peu de danger lorsqu'on emploie les procédés antiseptiques.

M. Lucas-Championnière. Je trouve, moi aussi, qu'il n'y a pas grand'chose de nouveau dans la communication de M. Terrillon, et j'estime qu'il est bon de le dire, afin que nous ne passions pas pour découvrir des choses connues depuis longtemps.

Les kystes de cette nature constituent pour l'ovariotomiste un de ces nombreux incidents auxquels il est habitué, et pour lequel il ne croit pas devoir adopter de règle spéciale. Qu'il faille énucléer un kyste inclus dans le ligament large ou décoller un kyste fixé par des adhérences, c'est toujours la même chose. Le plus souvent même, le chirurgien ignore s'il se trouve en présence de l'une ou de l'autre de ces deux variétés. Ce matin, par exemple, j'ai enlevé un kyste adhérent de toute part; je ne saurais pas dire, même à l'heure actuelle, quelle était la nature de ces adhérences.

Je signalerai, toutefois, un signe, qui peut avoir une certaine valeur lorsqu'on le rencontre au cours de l'opération : c'est la présence, en avant du kyste, d'une large bande musculo-aponévrotique. Elle indique généralement un kyste du ligament large.

De même on doit craindre l'inclusion dans le ligament large, toutes les fois que l'on tombe sur un ovaire cancéreux. J'ai opéré deux malades qui étaient dans ces conditions; elles sont mortes toutes deux, ce qui confirme la gravité pronostique de semblables opérations : du reste on fait de ces cas une classe à part, lorsque l'on veut se rendre compte des dangers de l'ovariotomie en général.

Les difficultés que l'on rencontre, pour déterminer à l'avance la nature des adhérences s'expliquent facilement puisque les adhérences elles-mêmes ne sont pas toujours faciles à reconnaître ; c'est tout au plus si l'on peut formuler certaines probalités à cet égard : quand le kyste descend très bas, par exemple.

La seule chose qu'il soit quelquefois possible d'affirmer, c'est que l'on se trouve en présence d'une tumeur qui sera facile ou difficile à enlever. Encore est-il que, même en se bornant à ce diagnostic, on est bien souvent exposé à se tromper.

Les conséquences de ces incertitudes sont faciles à concevoir : il est impossible de poser des règles opératoires précises, et, dans l'immense majorité des cas, lorsqu'on se trouve en présence de tumeurs adhérentes, quelle qu'en soit la nature, on fait ce qu'on peut pour enlever le plus possible, et si l'on laisse une portion de kyste, c'est parce que l'on n'a pu faire autrement. Les chirurgiens qui ont une grande expérience des ovariotomies feront toujours une opération plus complète que ceux qui opèrent pour la première fois.

Pour ce qui est du drainage, je ferai les même remarques que pour les ablations partielles : on fait du drainage lorsqu'on ne peut pas faire autrement. Ce drainage, d'ailleurs, est peu employé depuis l'introduction des méthodes antiseptiques dans la pratique de l'ovariotomie. Keath lui-même, l'un de ses partisans les plus convaincus, tend de plus en plus à l'abandonner.

Je crois qu'à l'heure actuelle l'on peut la réserver exclussivement aux cas où l'on tombe sur un amas de kystes formant un magma informe.

Un dernier point que je tiens à relever dans la communication de M. Terrillon, est relatif aux kystes para-ovariens, qu'il nous a montrés comme se développant habituellement dans l'épaisseur des ligaments larges. Or, ceci est en contradiction avec les faits. Les kystes para-ovariens sont des kystes sans pédicules, étalés à

la surface des ligaments larges, mais non pas développés dans leur épaisseur.

M. Monod. Je crois que M. Terrier et ceux de nos collègues qui viennent de prendre la parole sont bien sévères pour les observations de Terrillon. Que le diagnostic entre les adhérences inflammatoires et celles qui résultent du développement de la tumeur soit difficile, j'en suis convaincu, mais ce n'est pas une raison pour ne pas appeler l'attention sur la variété toute spéciale des kystes développés dans l'épaisseur du ligament large.

Au sujet des ablations incomplètes, je puis citer l'observation suivante qui m'est personnelle :

Une femme est opérée pour une tumeur fibro-kystique compliquée d'ascite. Le ventre ouvert et le liquide ascitique évacué, nous tombons sur une masse kystique entourée d'adhérences de tous les côtés, impossible à énucléer. Il semblait qu'il y eût fusion intime entre la tumeur et les organes voisins.

Après avoir placé de grosses pinces sur le contour de la tumeur, j'en enlevai ce que je pus, fixant la partie restante à la plaie abdominale. J'obtins ainsi une cavité, comparable en effet à la poche utérine des marsupiaux, et j'y plaçai de gros drains.

Les suites opératoires furent des plus favorables. Les tissus se rétractèrent peu à peu, et la partie de tumeur que j'avais été forcé de respecter s'atrophia, ainsi que cela eut lieu sur la malade de M. Polaillon.

M Terrier. Je n'ai pas contesté la valeur des observations de M. Terrillon. Je me suis borné à dire, et je le maintiens, que quelles que soient les adhérences d'un kyste de l'ovaire, qu'il soit uni aux intestins, au ligament large ou à l'utérus, la situation du chirurgien est la même.

Il doit faire tous ses effort pour enlever la totalité de la tumeur, et lorsqu'il n'y parvient pas, cela présente de graves inconvénients. La poche qu'il laisse en communication avec l'extérieur, devient le siège d'une suppuration interminable qui, bien souvent, suffit à elle seule pour entraîner la mort de la malade.

Quant à l'atrophie des kystes que l'on a laissés en place, cela doit être bien exceptionnel, car je n'en ai vu encore aucun exemple ; au contraire, j'ai presque toujours vu ces kystes repulluler. Les observations de MM. Polaillon et Monod n'en sont pas moins d'une grande valeur, et l'on peut se poser la question de savoir si l'on ne pourrait pas favoriser cette atrophie salutaire, en liant les vaisseaux qui alimentent la tumeur par exemple.

M. Pozzi communique l'observation de pustule maligne, à laquelle il avait fait allusion dans la séance précédente.

Pustule maligne grave sans bactéridie dans le sang,

Par M. S. Pozzi.

(Observation recueillie par M. Perrin, interne du service).

Le nommé Boucher Édouard, âgé de 17 ans, mégissier, entré le 2 mai 1882, salle Saint-Jacques, lit n° 15, à l'hôpital Cochin, dans le service de M. le Dr Anger, suppléé par M. Pozzi.

Le malade est occupé à taner des peaux de toute provenance et de toute espèce qu'il manie dans l'eau et à sec.

30 *avril* 1882. Il s'est aperçu qu'il avait au menton du côté gauche (région sus-hyoïdienne latérale gauche) un petit bouton noirâtre entouré d'une zone inflammatoire rouge assez nettement délimitée sur les bords et du diamètre d'une pièce de deux sous. Pendant les jours précédents, il ne se rappelait pas avoir été piqué par un insecte, et n'avait éprouvé aucune démangeaison.

1er *mai* 1882. Le lendemain, le bouton avait grossi, la coloration noire était devenue plus foncée ; la zone inflammatoire très régulièrement circulaire avait alors le diamètre d'une pièce de cinq francs.

Dans la soirée fièvre, quelques frissons.

2 *mai* 1882. Le lendemain matin la fièvre l'empêche de se lever, le bouton est alors gros comme un pois. — La zone imflammatoire fait des progrès rapides.

3 *mai* 1882. Il se décide à entrer à l'hôpital; la pustule est alors de la grandeur d'un haricot, d'un noir terne, entourée de quelques vésicules en couronne, mais assez irrégulièrement disposée. La zone rouge qui entoure l'eschare centrale est tuméfiée ainsi que toute la région sus-hyoïdienne latérale gauche qui est le siège d'un œdème dur résistant à la pression du doigt. — Fièvre intense 40°,2, abattement considérable, le malade, très déprimé, répond à peine aux questions qu'on lui pose ; la parole est pâteuse, les muscles du plancher de la bouche et de la langue fonctionnent mal dans le voisinage de la tumeur.

Une incision cruciale est faite au bistouri, et les lèvres de la plaie étant préalablement écartée, on cautérise très profondément et à plusieurs reprises au thermocautère chauffé à blanc. — Pansement phéniqué.

Le soir la fièvre a diminué de 0°,2 ; la température est à 40°, le malade est très déprimé et dans un état de somnolence perpétuelle.

4 *mai* 1882. La fièvre continue (40° matin et soir), mais l'état général est satisfaisant.

5 *mai* 1882. Défervescence brusque pendant la nuit; la température est tombée le matin à 37°,8. — Le malade a bien dormi 38°,6 le soir.

6 et 7 *mai* 1882. — La température revient à la normale pendant ces deux jours avec des oscillations de un degré du matin au soir, l'état général s'améliore très rapidement. Le pansement phéniqué est continué.

15 *mai* 1882. Chute de l'eschare.

19 *mai* 1882. Menace de formation d'un petit abcès chaud au-dessus de la cicatrice, cataplasme, résolution.

Actuellement (24 mai) le malade est en pleine guérison.

Au moment de l'opération, du sang fut recueilli : 1° au niveau des incisions, en dehors de l'eschare ; 2° par une piqûre du doigt.

L'examen au microscope fait immédiatement ne laissa voir aucune bactéridie : les globules paraissaient normaux, le sérum était tout à fait transparent, sans granulations. Cet examen fut fait à la fois par M. Pozzi, et MM. Nélaton et Legrand. Immédiatement envoyés au laboratoire de Clamart et soumis à l'examen de M. Siredy, chef du laboratoire, ces liquides ne lui laissèrent voir non plus aucun microbe.

M. Pozzi émit à ce moment l'idée que la bactéridie dans le sang était pathognomonique de la mort prochaine des charbonneux et non de l'existence du charbon. Mais ne voulant pas émettre une proposition basée sur un seul fait, il détourna un des élèves du service de prendre cette observation et cette théorie pour sujet de thèse.

Rapport.

Lipome de la langue,

Par M. Cauchois.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation adressée à la Société, par M. le Dr Cauchois (de Rouen) ; cette observation est intitulée : Lipomes symétriques de la langue et lipome du cou accompagnés de gommes ramollies du tissu cellulaire sous-cutané des membres, chez un tuberculeux. Ablation d'un des lipomes de la langue.

Il s'agissait d'un homme de 53 ans, en proie à une tuberculisation pulmonaire très avancée. Depuis trois ans les mouvements de la langue étaient gênés. « Cet organe, dit l'observation, présente « sur chacun de ses bords libres une tuméfaction notable, objet de « la préoccupation du malade.

« C'est une double série de bosselures de volume inégal, mais « appartenant bien pour chaque côté à une même masse allongée « dans le sens du bord libre, sur une étendue de quatre et demi « ou cinq centimètres et n'arrivant pas tout à fait jusqu'à la pointe « de la langue. La consistance est par toute la masse unifor- « mément élastique, plus accusée quand le malade fait saillir et « maintient la langue au dehors, en même temps que les bosse- « lures sont plus saillantes.

« La muqueuse linguale qui recouvre ces tumeurs est saine, « mais présente une coloration jaunâtre due à sa transparence « qui laisse apercevoir la couleur du tissu de la tumeur sous- « jacente.

« A tous ces caractères physiques, impossible de méconnaître « des lipomes symétriques des bords libres de la langue. »

Le malade présentait, en outre, des gommes au niveau du bras et de l'avant-bras gauche, une adénopathie polyganglionnaire des aines et de la nuque et un lipome du cou.

Malgré l'état de tuberculose avancée, M. Cauchois crut devoir lui donner la satisfaction de l'opérer. Pensant, dit-il, avoir affaire à un lipome facilement énucléable, il fit avec le bistouri une incision sur toute la longueur de la partie médiane ou de l'axe de la tumeur qui coïncidait avec le bord libre de la langue. Mais la dissection en fut plus laborieuse qu'il ne s'y était attendu. Il put, en effet, enlever deux masses principales dont l'ensemble représentait assez bien le volume d'une grosse amande ; « mais, au- « dessous d'elle, il restait encore une véritable grappe lipoma- « teuse et le tissu musculaire lingual sous-jacent en était comme « infiltré ».

L'opération fut par suite un peu incomplète ; la plaie guérit après la formation d'un abcès qui s'ouvrit près de la base de la langue.

Le malade succomba trois mois seulement après cette opération, emporté par les progrès de la tuberculose.

Voici le résultat de l'examen de la langue à l'autopsie : « Du « côté opéré nous retrouvons encore, près de la pointe de la « langue, en avant par conséquent de l'extrémité antérieure de la « ligne cicatricielle de l'incision, un petit lobule lipomateux situé « dans l'épaisseur des fibres musculaires. Il est de la grosseur « d'un petit pois. Il est probable qu'en raison de ses dimensions « très minimes, il nous a échappé le jour de l'opération et qu'il a « continué à s'accroître. Sur le bord droit de la langue, nous dis- « séquons une tumeur lipomateuse du volume d'une amande « ordinaire assez facilement énucléable du tissu musculaire sur « certains points et constituée aussi par une agglomération de

« lobules graisseux de toutes les grosseurs, depuis une tête « d'épingle jusqu'à un petit pois au milieu d'une trame conjonc- « tive et peu vasculaire. On dirait des glandes en grappe dont les « acini sont hypertrophiés. Histologiquement, ce sont de purs « lipomes.

« Ajoutons que les tumeurs sont bien distinctes de chaque côté « de la langue.

« Il y a donc bien deux lipomes de la langue situés symé- « triquement sur chaque bord libre de cet organe.

« La rareté des lipomes de la langue observés et consignés « jusqu'ici dans la science, continue M. Cauchois, nous a engagé « à présenter notre cas à la Société de chirurgie. »

Cette rareté est réelle, et par suite nous avons tenu à vous présenter une analyse étendue de cette intéressante observation. Ce n'est pas qu'en cherchant bien dans les auteurs et les *Recueils périodiques* on ne pût peut-être ajouter plusieurs faits aux quatre cas classiques de Laugier, Follin, Bouisson et Mason, relatés dans l'excellent article LANGUE, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Ainsi, M. Clarke[1] mentionne deux cas nouveaux, une pièce conservée au musée du Collège des chirurgiens de Londres, due à Astley Cooper, une autre au Musée de l'hôpital Middlesex. Gross[2] a observé un fait remarquable par ses dimensions : le lipome lingual avait la grosseur d'un œuf de poule ; il était ovoïde, indolore, jaunâtre, le sujet était une jeune fille de 19 ans ; l'opération fut très facile. Un autre chirurgien américain, Agnew[3], cite un cas du professeur Lister. Voilà donc quatre observations nouvelles, recueillies dans les seuls auteurs anglais ; des recherches plus approfondies donneraient sans doute des résultats plus considérables. Il va sans dire que nous ne parlons ici que des lipomes du corps même de la langue, et que nous en éliminons les lipomes *sub-linguaux* qui sont eux-mêmes assez nombreux.

En lisant ces diverses observations, on est frappé des différences qu'elles signalent : évidemment tous ces faits ne sont pas du même ordre. Malgré le nombre restreint des documents que nous possédons, est-il possible d'établir, dès maintenant, des divisions importantes dans ce petit département du territoire pathologique ? C'est ce que nous allons essayer, rapidement.

Parmi ces lipomes linguaux, les uns paraissent siéger uniquement sous la muqueuse, où ils forment une masse unique, circonscrite, facilement énucléable ; le cas de Gross en est un

[1] Disease of the Tongue. London, 1872.
[2] A system of Surgery. T. II, p. 524. Philadelphia, 1872.
[3] Agnew's Surgery. T. II, p. 911.

exemple frappant. La tumeur graisseuse se comporte ici exactement comme les lipomes du pannicule adipeux sous-cutané. Et, de fait, pour le dire en passant, la couche de tissu cellulo-graisseux qu'on observe sous le revêtement muqueux ou séreux des grandes cavités du corps, est à bien des points de vue l'homologue de celle qui existe au-dessous du tégument externe. Il y a donc une première catégorie des *lipomes de la langue sous-muqueuse*.

Une seconde classe est constituée par ceux qui se développent plus profondément dans les travées de tissu conjonctif qui séparent les couches musculaires et suivent les vaisseaux et les nerfs. Ici la tumeur, au lieu d'être limitée et comme capsulée, offre des prolongements multiples qui s'insinuent en forme de grappes entre les muscles. M. Cauchois a fort bien décrit cette disposition spéciale, et le cas qu'il a observé peut servir de type de cette *variété* qu'on peut appeler *intermusculaire*.

Il est très important de pouvoir la diagnostiquer sur le vivant, car au lieu d'une opération facile, on se trouvera alors en présence d'une opération laborieuse et qu'on sera même exposé à laisser inachevée. Une particularité notée dans l'observation de M. Cauchois, mais dont il ne paraît pas avoir apprécié la valeur, permettra peut-être d'arriver à cette précision. Ce chirurgien a remarqué, en effet, sur son malade, que la consistance élastique de la tumeur devenait plus accusée quand le malade faisait saillir et maintenait la langue au dehors, en même temps que les bosselures étaient plus saillantes.

Ces phénomènes sont évidemment en relation immédiate avec les rapports du lipome et ses prolongements. Il y a là quelque chose de comparable au durcissement et à l'immobilisation d'une tumeur du sein adhérent au grand pectoral quand on provoque la contraction de ce muscle. Si M. Cauchois, qui a si bien observé ce symptôme, en avait interprété la signification probable, il n'aurait pas été exposé à la surprise qu'il ressentit quand, au lieu d'un lipome « facilement énucléable », il trouva une masse ramifiée dont « le tissu musculaire lingual sousjacent était comme infiltré ».

Enfin, existe-t-il une troisième classe de lipomes de la langue, caractérisés par la dissémination de vésicules graisseuses non plus entre les muscles eux-mêmes, mais entre leurs faisceaux primitifs, non plus *intermusculaire*, mais *intramusculaire ?* L'anatomie générale semble nous le faire prévoir. Le système adipeux [1] ne comprend-il pas, en effet, au niveau de la langue comme au niveau de tout groupe de muscles, outre les *organes premiers d'interposition*

[1] Ch. Robin. Article *Adipeux* du *Dict. encycl. des sc. méd.*

musculaires, nerveux et vasculaires (auxquels se rapportent notre seconde variété de lipomes linguaux) *des organes premiers de constitution intramusculaires,* et le cadre de la pathologie générale n'est-il pas ici, en quelque sorte, superposable à celui de l'anatomie générale ? Mais cette vue de l'esprit ne saurait nous suffire, et il appartient seulement à des faits d'entraîner notre conviction. Nous avons espéré d'abord trouver un fait de cet ordre dans l'observation publiée par M. Heurtaux [1] sous le titre de : *Tumeur de la langue* (*dégénérescence granulo-protéique des fibres musculaires*), mais la lecture de l'observation montre qu'il ne s'agit nullement là d'un lipome.

Du reste, si les *lipomes intramusculaires* n'existent pas à l'état de simplicité et de pureté, nul doute que cette variété ne se combine parfois avec la précédente (*intermusculaire*). C'est de même de cette alliance hybride que paraît précisément provenir le lipome de M. Cauchois.

En terminant, nous ne voulons ajouter que quelques mots au sujet d'une question soulevée par le fait même d'une opération pratiquée sur un tuberculeux, à la dernière période. Le malade a guéri, à la vérité, après un phlegmon sous-maxillaire, et il est mort trois mois après. Quoi qu'il en soit, M. Cauchois ne paraît avoir eu qu'à se féliciter d'avoir donné cette consolation ultime à un moribond qui, par une illusion heureuse, rattachait tous ses maux à la grosseur du bout de sa langue ! Toutefois, la conduite du chirurgien de Rouen n'est pas sans paraître quelque peu hardie. En effet, il s'agissait non seulement d'un tuberculeux, mais encore d'un cachectique ; de plus, l'opération n'avait ni pour but ni pour effet de supprimer une cause réelle d'affaiblissement, d'élever, si l'on peut ainsi dire, la recette organique du malade en diminuant ses pertes. Or, si les opérations chez les tuberculeux même assez avancés sont légitimes, c'est, nous semble-t-il, à cette dernière condition ; il faut, en d'autres termes, offrir au malade en échange du danger réel que lui font courir le traumatisme chirurgical, la compensation immédiate et supérieure du bénéfice acquis qui peut en résulter pour lui.

La commission vous propose de déposer le travail de M. Cauchois aux archives, de lui adresser des remerciements et de l'inscrire dans un rang honorable au nombre des candidats au titre de membre correspondant national.

[1] *Journal de médecine de l'Ouest*, t. XV, p. 305. Nantes, 1881.

Présentation de malades

M. Polaillon présente un *jeune homme atteint de tuberculose pulmonaire, dont les poumons ont été améliorés, sinon guéris, par une amputation de la cuisse pour une tumeur blanche du genou de nature tuberculeuse.*

Cette observation vient à l'appui de ceux qui soutiennent que les opérations, qui consistent à enlever un foyer tuberculeux chez des tuberculeux, améliorent souvent leur état général. Voici l'observation, d'après les détails recueillis par M. Clado, interne de service.

Chas... Antoine, âgé de 19 ans, garçon nourrisseur, entre le 19 février 1883, à la Pitié, salle Broca, nº 37.

Parents bien portants. Pas de maladies antérieures. Pas d'accidents scrofuleux apparents.

Il est malade depuis deux ans. Il a commencé par avoir de la gêne dans le membre inférieur gauche pendant la marche. Puis son genou est devenu un peu douloureux, sans cause appréciable. Il continua cependant à marcher. Peu à peu le genou augmenta de volume. La gêne et la douleur pendant les mouvements devinrent de plus en plus considérables. Il fut obligé de s'aliter quinze jours avant son entrée à l'hôpital.

Actuellement, le genou gauche est gonflé, sphérique, deux fois plus volumineux que celui du côté opposé. Les muscles de la jambe et de la cuisse sont atrophiés. La peau est saine, sans fistule. La rotule est peu mobile. Presque pas d'épanchement articulaire, si ce n'est à la partie interne de l'articulation, où l'on rencontre un point fluctuant. Le gonflement est surtout produit par une tuméfaction des extrémités articulaires et en particulier du tibia. Pas de frottements pendant que l'on imprime des mouvements de flexion et d'extension. Les mouvements spontanés sont presque impossibles; les mouvements communiqués sont très limités et douloureux.

Les poumons ne paraissent pas malades. Toutes les fonctions se font assez bien. Amaigrissement.

Le 23 *février*. Pointes de feu multipliées sur le genou, compression ouatée et immobilisation dans un appareil silicaté.

Séjour de plusieurs semaines à l'hospice de Vincennes pendant le mois d'avril.

A la fin d'avril, Chas... Antoine rentre à la Pitié. Son état général est à peu près le même; mais la tumeur blanche du genou s'est aggravée. Les douleurs sont devenues très intenses. L'articulation a augmenté de volume. Elle est chaude, fluctuante. La

peau est amincie en plusieurs points, et il est évident qu'elle ne tardera pas à se perforer.

M. Polaillon observe attentivement le malade pour savoir s'il doit faire la résection du genou ou l'amputation de la cuisse. Mais les manifestations tuberculeuses du côté du poumon lui font rejeter l'idée d'une résection.

En effet, on trouve aux deux sommets de la poitrine, en avant et en arrière, une submatité marquée. A l'auscultation la respiration est rude et l'expiration prolongée. On entend, en outre, pendant l'inspiration, en avant et à droite, des craquements secs, qui sont très nets. Le malade tousse et crache, mais il n'a pas encore eu d'hémoptysie. Il est évident qu'il y a un commencement de tuberculose pulmonaire, et que la tumeur blanche est très probablement de nature tuberculeuse.

Les douleurs du genou, la suppuration intra-articulaire, le séjour au lit, la fièvre produite par l'affection articulaire, mettent le patient dans de mauvaises conditions pour résister à l'évolution de la tuberculose. M. Polaillon pense qu'en supprimant par une amputation de la cuisse toutes ces causes d'affaiblissement, il améliorera les conditions du malade au point de vue de la tuberculose pulmonaire et prolongera ses jours.

Le 6 *juin.* Amputation de la cuisse gauche au tiers inférieur par la méthode circulaire. Spray. Ligature au catgut. Drain. Suture. Pansement de Lister.

8 *juin.* Premier pansement. Ablation d'un drain.

11 *juin.* Deuxième pansement. Ablation de deux fils de suture.

14 *juin.* Troisième pansement. Ablation du second drain et de tous les fils de suture. Réunion immédiate dans la profondeur.

22 *juin.* La guérison est complète. Il n'y a plus qu'un point bourgeonnant à l'extrémité interne de la cicatrice, dans le lieu où passait l'un des drains. Le malade a engraissé et va très bien. Il se lève depuis le 18 juin.

26 *juin.* Les craquements constatés au sommet droit du poumon n'existent plus. La respiration reste rude aux sommets. La percussion donne encore de la submatité. Le malade ne tousse plus du tout.

Examen du membre amputé. La cavité articulaire du genou est remplie d'un liquide séro-purulent et de fongosités. La synoviale a disparu par places. Les cartilages articulaires sont peu altérés sur la rotule, mais sur le fémur et surtout sur le tibia ils sont très altérés, amincis et manquent dans beaucoup de points. Les ligaments sont relâchés. Le cartilage semi-lunaire interne a été dé-

truit. Une coupe suivant la longueur du tibia montre, non-seulement au voisinage de la surface articulaire, mais encore à une grande distance de celle-ci dans le canal médullaire de la diaphyse, des îlots de tissu jaune infiltré de pus, ayant vraisemblablement une origine tuberculeuse. Cette altération très étendue du tibia prouve qu'une résection n'aurait pas pu réussir.

Examen histologique par M. Sapelier, interne du service : le plateau du tibia a été décalcifié par l'acide formique à 1/3, puis traité par la gomme et l'alcool. Sur des coupes perpendiculaires à sa surface, nous avons pu constater que la substance osseuse est réduite à l'état de minces travées et que la moelle, revenue à l'état embryonnaire, ne contient plus qu'une très petite quantité de vésicules adipeuses. Au centre de cette substance médullaire, on voit quelques granulations tuberculeuses isolées et absolument caractéristiques. Les coupes des fongosités nous ont fait constater l'existence de tubercules isolés. La nature tuberculeuse de l'affection ne peut donc être mise en doute.

M. Desprès fait observer qu'il existe une petite fistule sur le moignon de ce malade, traité par le pansement de Lister. Ce résultat n'est pas meilleur que celui qu'il a obtenu sur un malade qu'il a présenté il y a peu de temps à la Société, et qui a été pansé par les anciens procédés.

(M. Lucas-Championnière et plusieurs membres protestent contre cette manière de voir.)

M. Desprès. Lorsque je présente des malades, j'accepte la discussion ; je vois qu'il n'en est pas de même de mes collègues, ce qui me porterait à croire qu'ils ne sont pas aussi sûrs de leurs résultats que je le suis des miens. J'ajouterai que l'amélioration qu'a présentée ce malade à la suite de son opération n'est pas un fait nouveau ; il y a longtemps que Velpeau a signalé cette amélioration apportée par certaines opérations dans l'état général de malades déjà gravement atteints.

M. Polaillon. Je n'ai présenté mon malade qu'aujourd'hui, mais il y a quinze jours déjà qu'il est guéri.

La réunion profonde des tissus est parfaite et aussi absolue que possible ; s'il est vrai qu'il existe à la partie externe des lèvres de la plaie un peu de suppuration, cela provient de ce que je n'ai pas fait la suture exacte des parties superficielles.

Quant au malade en lui-même, si je le présente, ce n'est nullement que je veuille considérer comme chose nouvelle l'amélioration de son état général sous l'influence de l'amputation. Je me suis borné à signaler un fait qui se rapporte à la discussion pen-

dante, en ce moment, des rapports des traumatismes avec les diathèses, et rien de plus.

M. Trélat. M. Polaillon me permettra de lui faire remarquer qu'il eût peut être mieux valu, chez son malade, faire la réunion aussi exacte que possible des parties superficielles. Quand on fait avec soin le drainage, l'affrontement des parties profondes, le pansement ; il n'y a aucun inconvénient à faire avec le même soin la suture superficielle qui donne une forme très régulière du moignon et une guérison définitive un peu plus rapide. Mais si j'ai pris la parole, ce n'est pas seulement pour faire cette petite remarque. Je désire aussi présenter un de mes anciens malades que le hasard amène en ce moment près de nous.

Il s'agit de l'infirmier qui a conduit le malade de M. Polaillon.

Tumeur blanche du genou guérie par l'immobilisation. Cet homme a été traité, en 1869, par M. Lucas-Championnière, alors mon interne, et par moi, d'une tumeur blanche fongueuse du genou ; je me suis servi à son égard des anciennes méthodes de traitement : immobilisation dans un appareil, compression, révulsifs, etc., etc., le résultat a été aussi favorable que possible ; j'ajouterai même qu'il a été durable, puisque cet homme, ainsi que vous pouvez le voir, va et vient sans se soucier aucunement de la grave lésion pour laquelle je l'ai traité jadis.

Sans doute, son genou est ankylosé et il porte toujours un appareil de protection, mais il n'en est pas moins vrai qu'il est très satisfait de son état, et qu'il est enchanté que nous lui ayons conservé son membre, même dans ces conditions un peu défectueuses.

M. Lucas-Championnière. J'ai, en effet, un souvenir très précis du malade que vient de nous présenter M. Trélat.

Au moment où il est entré dans nos salles, son état général et son état local étaient aussi navrants que possible. Son émaciation était extrême, ses douleurs excessives, et l'amputation paraissait imminente. Et, cependant, il a guéri grâce au traitement dont vient de parler M. Trélat.

Il est assez intéressant de comparer ce résultat éminemment favorable aux résultats que l'on obtient par la résection. Je doute fort qu'une résection, fût-elle pratiquée dans les meilleures conditions, donne jamais un membre aussi utile et surtout aussi solide que celui que vous venez de voir.

L'exemple de ce malade me paraît être un encouragement pour nous à ne pas imiter la conduite des chirurgiens anglais, pour lesquels la résection prématurée constitue la règle, en matière de tumeur blanche du genou.

M. Després. Il est certain qu'on ne doit couper la cuisse d'un homme atteint de tumeur blanche que lorsqu'on ne peut pas faire autrement.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 11 juillet 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° Note sur *vingt-deux opérations de goître*, par M. Jacques-Louis Reverdin, professeur à la faculté de Genève, et M. Auguste Reverdin, ancien assistant de clinique chirurgicale à Strasbourg.

3° *Bulletins et mémoires de la Société de Médecine et de Chirurgie* de Bordeaux, 1881.

4° M. le professeur Guyon offre, de la part de M. Follet, de Lille, un travail intitulé : *Calcul uréthral.* (Rapporteur, M. Guyon.)

5° M. Maunoury, de Chartres, membre correspondant, adresse une observation intitulée : *Broiement de la jambe, amputation, phlébite suppurée, amputation de cuisse, mort de phtisie aiguë.* (Lecture en sera donnée dans une prochaine séance.)

6° M. Dieu, médecin principal à Constantine, adresse un travail intitulé : *Documents relatifs à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite.* (Commission : MM. Nepveu, Delens, Chauvel, rapporteur.)

A propos du procès-verbal.

M. Terrillon. Je n'étais pas présent à la dernière séance, au moment de la discussion qui s'est élevée à propos de ma communication sur une variété de kystes ovariques, enclavés dans le

ligament large. Je vous demande la permission de répondre aujourd'hui à quelques-unes des objections qui ont été formulées.

Et tout d'abord, je répondrai aux paroles de MM. Pozzi et Lucas-Championnière, relatives à l'historique de la question, qui, disent-ils, n'est pas nouvelle.

« Les observations qui viennent de nous être lues par MM. Terrillon et Terrier, nous dit M. Pozzi, sont certainement très intéressantes, mais il ne faudrait pas nous présenter la question comme nouvelle et nous faire découvrir des choses depuis longtemps introduites dans la pratique des ovariotomistes ».

De son côté, M. Championnère déclare « qu'il trouve qu'il n'y a pas grand'chose de nouveau dans la communication de M. Terrillon, et il estime qu'il est bon de le dire, afin que nous ne passions pas pour découvrir des choses connues depuis longtemps ».

Je tiens à m'élever de la manière la plus formelle contre l'assertion de ces messieurs.

Je n'ai jamais eu la prétention de présenter quelque chose de nouveau, et, tout le premier, j'ai signalé les auteurs qui se sont occupés de la variété de kystes au sujet desquels j'ai cru devoir faire une communication. Il suffit de vous rappeler les noms de Kœberlé, Péan, Mueller, Kaltenbach, Karl-Schrœder, dont j'ai cité les travaux.

Ce que j'ai prétendu, c'est que les particularités relatives aux kystes adhérents par enclavement dans le ligament large étaient peu connues, les notions que nous possédions à leur endroit étaient encore vagues et mal déterminées, et que nous ne savions pas les distinguer des kystes adhérents par inflammation. Sur ce dernier point, ma manière de voir est toujours la même, et j'avoue que la discussion qui vient de se produire, dans le sein de la Société, est bien faite pour me confirmer dans cette opinion.

En résumé, j'ai voulu signaler certains faits, peu ou mal connus, provoquer la discussion à leur égard, et engager ceux de nos collègues, qui comme M. Terrier, avaient observé des faits analogues, à venir nous les faire connaître.

Ces quelques considérations suffiront, je l'espère, à justifier ma communication.

Ceci dit, je rentre dans la discussion et je réponds aux objections beaucoup plus sérieuses, qui ont été formulées par M. Terrier.

M. Terrier me reproche d'avoir tiré de ma statistique la conclusion que l'ablation totale des kystes du ligament large est très difficile, et que l'on est obligé d'en laisser une portion dans le ventre.

Notre collègue me prête là une opinion qui n'est pas la mienne. Je n'ignore pas, en effet, qu'une statistique de trois cas n'a pas grande valeur, et qu'elle ne saurait être invoquée pour établir la proportion relative des cas favorables ou défavorables.

En réalité, voici ce que j'ai dit :

Parmi les kystes enclavés dans le ligament large, il y a lieu d'établir deux catégories : les uns, peu adhérents au tissu cellulaire du voisinage, sont faciles à énucléer; les autres, adhérents aux organes voisins, utérus, rectum, vessie, parois du bassin, sont très difficiles à décortiquer.

La meilleure preuve que cette distinction est importante, c'est que M. Terrier n'a rencontré que des cas de la première catégorie, et que ses opérations ont été relativement simples, tandis que moi, qui ai surtout rencontré des cas de la seconde catégorie (deux sur trois), je me suis trouvé en présence de difficultés telles que j'ai dû laisser une partie du kyste.

Kaltenbach, qui s'est trouvé dans des situations analogues à la mienne, est même allé plus loin, puisqu'il a proposé, lorsque les adhérences par enclavement sont trop difficiles à détacher, de ne pas essayer quand même l'énucléation, rendue ainsi très périlleuse, et de laisser l'opération incomplète.

Ils prétendent que les dangers courus par les malades sont ainsi moins sérieux.

Enfin, je trouve dans le discours de M. Championnière un dernier point que je me permettrai de relever, bien qu'il ne touche pas directement à la discussion actuelle. Je veux parler des kystes para-ovariens.

Ces kystes, dit M. Championnière, ne se développent pas dans l'épaisseur des ligaments larges, ils sont simplement étalés à leur surface. Je ne vois pas très bien la différence entre ces deux expressions, mais enfin je retiens ce fait, que ces kystes ne sont pas dans le ligament large. Or, cette manière de voir est en contradiction formelle avec celle de la plupart des auteurs. Je signalerai, par exemple, les auteurs des articles des dictionnaires : Kœberlé, dans le *Dictionnaire des sciences médicales;* Boinet, dans le *Dictionnaire encyclopédique.*

Il était d'ailleurs difficile qu'il en fût autrement, puisque ces kystes se développent aux dépens de l'organe de Rosenmuller, qui est lui-même contenu dans l'épaisseur des ligaments larges.

M. Terrier. Je suis de l'avis de M. Terrillon, quand il nous dit que la question dont il vous a entretenus est peu connue; j'estime donc qu'il a eu parfaitement raison d'appeler notre attention sur ce point délicat, en indiquant les grandes lignes de conduite qui s'imposent au chirurgien pour chaque cas particulier.

A ce propos, il nous a rappelé que Kaltenbach laissait les choses en place lorsqu'il prévoyait de trop grandes difficultés pour la dissection des adhérences. Cette pratique ne me paraît pas jus-justifiée; je pense, quant à moi, qu'il faut tout faire pour terminer l'opération, parce que, dans toute autre circonstance, ainsi que j'ai essayé de le prouver, les malades ne guérissaient pas. Pour ce qui est de la facilité ou de la difficulté de disséquer les adhérences, elle tient surtout au chirurgien et à l'habitude plus ou moins grande qu'il peut avoir des ovariotomies. Je ne doute pas qu'en ce qui me concerne, je termine aujourd'hui certaines ovariotomies que j'aurais dû laisser inachevées il y a quelques années.

La pathogénie et le développement des kystes para-ovariens n'est pas encore assez claire à l'heure actuelle pour qu'il soit permis de se prononcer formellement sur les rapports qu'ils affectent avec les parties voisines. J'en ai vu qui étaient inclus dans le ligament large, mais j'en ai vu aussi qui s'étaient pédiculisés comme un kyste ordinaire.

M. Trélat. Je voudrais que le mot enclavement, dont on s'est servi jusqu'ici pour désigner les kystes développés dans le ligament large, ne pénètre pas dans le langage chirurgical.

Je crois ce mot dangereux en pratique, parce qu'il est de nature à produire une certaine confusion dans l'esprit des médecins, encore peu au courant de la pratique des ovariotomies.

Ce mot d'enclavement, en effet, applicable aux kystes maintenus en place par le fait de leurs rapports trop intimes avec les organes voisins, n'est pas applicable aux kystes qui, par le fait de leur développement, se placent dans un dédoublement des ligaments larges. Le mot d'inclusion me paraît préférable.

Ces réserves sur la nomenclature étant faites, je crois, moi aussi, que la question soulevée par M. Terrillon est très importante et que cette variété de kystes est susceptible de fournir des indications particulières, que vous vous efforcez avec raison de rechercher.

M. Guéniot. Une tumeur ne peut s'enclaver que dans une cavité; or, le ligament large n'est pas une cavité. Le mot que propose M. Trélat me paraît celui qui répond le mieux à la réalité des faits.

M. Pozzi. Le mot employé par M. Terrillon ne se trouve pas, cela est vrai, dans les travaux de Péan et Urdy, auxquels j'ai fait allusion, mais les observation publiées sur cette question sont semblables à celles de M. Terrillon; je dirai la même chose pour de nombreux travaux étrangers. Le mot n'y existe pas, mais la chose

existe; or, c'est la chose qui est intéressante, et cela d'autant mieux que ce mot lui-même n'est pas bon, comme vient de le faire remarquer M. Trélat.

C'est ainsi, pour ne parler que des travaux de Péan, que la difficulté opératoire est signalée et qu'il en est de même du procédé mis en usage par M. Terrillon. Lorsqu'on ne peut énucléer la totalité de la poche, on doit en réséquer le plus possible et fixer ce qui reste à la plaie abdominale pour le drainer.

En résumé, j'ai cru et je crois encore qu'il était bon de dire que la communication de M. Terrillon contenait des observations nouvelles et très intéressantes, mais que les considérations qu'il a cru devoir tirer de ces observations étaient connues.

M. Terrillon. Péan et Urdy parlent des adhérences en général, mais dans leur travail, il n'est fait nulle distinction entre les adhérences inflammatoires et les adhérences par enclavement, ou par inclusion, si vous aimez mieux. Or, ce sont là deux choses distinctes, puisque dans un cas on laisse une cavité formée par l'écartement du ligament large, et dont les parois peuvent être rapprochées et suturées, tandis que dans l'autre on laisse une surface qui n'est autre que la séreuse péritonéale transformée en plaie saignante, par la déchirure des adhérences.

M. Pozzi. Quand on fait l'ablation d'un kyste largement adhérent au bassin, on interprète comme on peut la cause de ces adhérences, et l'on fait ce qu'on peut pour les détruire, sans qu'il soit possible à l'opérateur d'établir la distinction dont parle M. Terrillon entre les adhérences généralisées inflammatoires et l'inclusion.

M. Verneuil. Je maintiens, contrairement à l'opinion de M. Pozzi, qu'il y a une différence bonne à signaler entre les adhérences périphériques d'un kyste de l'ovaire, et les adhérences résultant de sa situation profonde, entre les lames des ligaments larges.

Lorsqu'il s'agit d'adhérences inflammatoires, le doigt passe plus ou moins facilement entre les feuillets modifiés du péritoine, tandis qu'en cas d'inclusion, il faut décoller la tumeur sur les organes les plus effrayants.

Cette différence n'est que trop facile à apprécier, lorsque, essayant de disséquer un kyste adhérent par inclusion, le doigt arrive en contact immédiat avec la veine et l'artère iliaques, dont les battements sont perçus avec la plus grande netteté.

M. Pozzi. Il n'y a aucune similitude à établir entre les cas extrêmes, c'est-à-dire entre les adhérences qu'on décolle facilement, et celles qui unissent si intimement et si largement la base de

certains kystes au péritoine que la distinction entre la paroi kystique et la séreuse est absolument impossible à l'œil nu. Pendant une opération, dans l'immense majorité des cas, je soutiens qu'il est impossible de distinguer les kystes sessiles et adhérents par inflammation ancienne, des kystes sessiles et adhérents au bassin par suite d'un mode particulier de développement.

Voilà pour la question *opératoire chirurgicale.*

Reste une question de *pathogénie* et d'*anatomie pathologique,* tout à fait accessoire pour l'opérateur, je le répète. C'est celle de savoir si la position sessile des kystes est due à des adhérences consécutives, ou bien à leur mode particulier de développement, à l'absence de tendance vers la pédiculisation par suite de laquelle ils restent *bridés* (enclavés, dit M. Terrillon) sous le péritoine, sujets à une migration plus ou moins lointaine.

Ce second point de vue, qui a médiocrement préoccupé les ovariotomistes proprement dits, notamment Spencer Wells et Péan, a au contraire été très bien mis en relief par certains pathologistes, Hegar, Kaltenbach, K. Schræder. M. Terrillon avait déjà signalé rapidement ses devanciers. Je n'ai fait que préciser, en montrant qu'il y avait deux choses dans son mémoire, un procédé opératoire et une observation anatomo-pathologique, ayant chacune un historique distinct.

Communication.

Contribution à l'étude des résections du coude,

Par le Dr G. Nepveu.

Depuis quelque temps j'ai pris l'habitude de vous présenter quelques-unes des observations de résections du service de M. Verneuil; permettez-moi de vous faire aujourd'hui le récit de trois résections du coude.

Pour l'une d'elles, l'opérée vous a été présentée il y a douze ans, il vous sera peut-être agréable d'en revoir aujourd'hui la pièce.

1re *observation.* — Gautier (Alphonse), 40 ans, jouissait autrefois d'une bonne santé; il ne portait aucune trace de manifestations scrofuleuses antérieures lorsqu'il est entré à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 24, le 17 septembre 1880, pour un gonflement notable du coude droit. M. Terrillon porta le diagnostic d'arthrite fongueuse et, profitant d'un trajet fistuleux, il ouvrit la jointure, le 18 octobre, et fit l'abrasion des fongosités articulaires; mais il

se trouva obligé de gratter la tête du radius. Le résultat ne fut malheureusement pas favorable; aussi, M. Verneuil dut intervenir à nouveau : que fallait-il faire ?

L'évidement épiphysaire intra-articulaire à la manière de Sedillot ?

M. Verneuil ne crut pas devoir imiter cette pratique. Ces évidements ne sont, en réalité, que des résections incomplètes avec tous leurs désavantages. Les résections complètes sont moins graves, meilleures au point de vue des résultats; un autre avantage, c'est qu'elles ne laissent pas de culs-de-sac, de clapiers qui favorisent la rétention du pus.

M. Verneuil fit donc la résection sous-périostée complète de l'articulation du coude, le 8 novembre 1880 ; on applique un pansement phéniqué à 5 0/0 et un bandage ouaté. Les suites de l'opération furent très bonnes, quelques fistules persistèrent cependant, puis se fermèrent ; le malade sortit le 30 avril 1881. Les mouvements de l'articulation étaient alors excellents, la flexion, l'extension, la pronation, la supination se faisaient aisément; malheureusement, notre homme était un alcoolique renforcé, de nouvelles fistules se rouvrirent, il se mit à tousser et bientôt après, en mai 1882, il succombait aux progrès de son affection pulmonaire.

2e *observation.* — Perrin (Charles), 41 ans, n'avait aucune espèce d'antécédents héréditaires lorsqu'il vit survenir, il y a quatre ans, sans cause apparente, une tuméfaction du coude droit. Peu à peu, la lésion s'accrut; en dedans, il y a environ deux ans, il se forma une collection qui s'ouvrit au dehors par un trajet resté fistuleux. L'état du coude s'aggrava dès lors tellement, que M. Verneuil dut faire la résection de cette articulation.

L'opération, faite le 25 mai 1881, ne fut pas suivie d'une grande amélioration : le malade souffrait toujours dans le foyer de la résection, le coude était toujours enflé, il existait deux fistules qui donnaient continuellement issue à du pus.

Le 25 juin 1882, M. Verneuil les débrida et fit, par ces orifices, l'extraction d'esquilles assez volumineuses; dès lors la guérison fut complète, les fistules se fermèrent presque aussitôt.

Actuellement, la flexion de l'articulation s'opère assez facilement; mais, lorsque l'avant-bras arrive un peu plus loin que l'angle droit, subitement il tombe comme une masse sur la joue du malade. Le triceps est en partie atrophié; l'extension présente l'étendue physiologique, mais elle se fait en partie mécaniquement. La pronation et la supination se font normalement.

L'articulation, du reste, est presque flottante, on lui imprime facilement des mouvements de latéralité. Les muscles du bras

sont, en effet, fortement diminués de volume ; le triceps n'existe plus, on peut avec l'index fléchir l'avant-bras sur le bras, quoi que fasse le malade pour s'y opposer. Notre homme porte une attelle, qu'il serre un peu trop, bien certainement ; il cherche ainsi à se donner un peu de force, de fixité dans l'articulation.

Les mouvements du poignet et des doigts sont parfaitement conservés, il écrit bien.

M. Verneuil lui fait électriser les muscles depuis quelque temps, les courants induits paraissent lui réussir ; il se sent depuis lors un peu plus de force, et nul doute que son triceps ne retourne bientôt à l'état normal.

Malheureusement, l'état général n'est pas très satisfaisant, et, très probablement, cet homme succombera, dans un délai plus ou moins éloigné, aux progrès de la phtisie pulmonaire.

Notre troisième observation est, de toutes, la plus intéressante.

3e *observation.* — Ch... Marie était, en 1867, nettement scrofuleuse, les sommets étaient douteux, elle portait un abcès froid des parois de la poitrine. Un régime approprié : huile de foie de morue, fer, vin de quinquina ne put parvenir à l'améliorer. La thérapeutique étant inutile, M. Verneuil parvint à l'envoyer à l'hôpital maritime de Berck, elle en est revenue en bon état, les fistules costales étaient guéries. En 1869, elle fut prise d'une arthrite du coude droit, pour laquelle M. Verneuil fit la résection sous-périostée, par le procédé d'Ollier, le 14 mai 1870, et enleva la tête du radius, la partie articulaire du cubitus et 3 centimètres de l'humérus. La guérison fut un peu lente ; au bout de cinq mois, il restait quelques fistules qui ne se fermèrent qu'un an après. Les mouvements reprirent peu à peu, la flexion et l'extension étaient complètes ; la pronation et la supination s'accomplissaient facilement. Cette femme fut infirmière à l'hôpital des Enfants, et pendant longtemps y a été épileuse ; il lui fallait une certaine adresse, une certaine dextérité, une certaine force même pour épiler de la sorte pendant des heures entières.

C'est alors qu'elle fut présentée à la Société de chirurgie, par M. Verneuil (voir *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 10 avril 1872, p. 167), où tout le monde, d'un commun accord, reconnut que le résultat était très bon.

Cependant, en examinant attentivement les mouvements de l'articulation, le membre, au premier abord, avait l'air d'un fléau ; il y avait un diastasis assez considérable entre le bras et l'avant-bras. Les mouvements se faisaient en deux temps : dans un premier temps, les muscles (biceps, triceps, brachial antérieur) se contractaient et rapprochaient les surfaces articulaires : c'était le

temps de fixation; dans un deuxième temps avait lieu le mouvement.

Tout allait bien, elle se livrait même parfois à des exercices fatigants, portait des seaux pleins d'eau lorsqu'elle fit, en 1874, une chute violente sur le coude, qui fit craindre une récidive de son mal; il n'en fut rien.

Malheureusement, cette pauvre fille s'est mariée en 1879; elle eut une première grossesse qui fut suivie de l'apparition d'un abcès dans la région dorsale; en 1881, une deuxième grossesse survint; alors les douleurs lombaires devinrent très vives. Une gibbosité tendait à se former; une cuirasse, l'immobilisation prolongée ne purent améliorer sa position. Quelque temps après parut une vaste collection dans la fosse iliaque droite, rapidement suivie d'une coxalgie secondaire du même côté, décembre 1881. Elle se remit à tousser. Pas d'hémoptysie. Un séjour de quelques mois au Vésinet parut améliorer sa position, et elle put même, en juin 1882, reprendre son travail. Malheureusement, en janvier 1883, elle reparut de nouveau dans le service pour sa coxalgie du côté droit. A ce moment, elle maigrissait à vue d'œil, l'appétit était perdu, la toux incessante, les crachats nummulaires, les vomissements répétés, la diarrhée continuelle. Bientôt, les deux membres inférieurs s'œdématièrent, la fièvre devint de plus en plus vive, les douleurs en ceinture de plus en plus violentes. Les abcès lombaires et iliaques s'ouvrirent spontanément, et la malade mourut en mai 1883.

L'autopsie ne put être faite; mais on put enlever cependant l'articulation du coude.

Voici ce que nous apprit l'examen anatomique de cette pièce :

L'humérus se recourbe en avant à son extrémité inférieure et se termine en pointe par quelques noyaux osseux disséminés dans du tissu fibroïde. Un peu avant le point où l'humérus commence à se courber ainsi, on voit une légère saillie, reste évident de l'épitrochlée; au-dessus de cette saillie, sur la face interne de l'humérus, se trouvait une bourse synoviale assez étendue.

Ainsi, l'extrémité inférieure de l'humérus ne présente rien qui rappelle la forme normale de sa partie articulaire.

Le cubitus, au contraire, nous offre un olécrâne très développé et même une petite apophyse coronoïde; la régénération ici a été parfaite.

Le radius se termine par une petite tête qui imite la tête normale de cet os.

Les moyens d'union de chacun des os du coude méritent de fixer l'attention.

L'articulation radio-cubitale est parfaite; une synoviale très ample ainsi qu'un ligament annulaire solide l'unit au cubitus.

Il n'existe pas d'articulation radio-humérale, la tête du radius par sa face supérieure n'est en rapport qu'avec une apophyse cubitale très développée.

Le cubitus est uni à l'humérus par du tissu cellulaire lâche en quelques points, ligamenteux en d'autres. La gorge cubitale ne présente pas de cartilage, ni de synoviale, elle embrasse la face interne et postérieure de l'humérus, et, au point où l'humérus se trouve en rapport habituel avec cette gorge, se trouve la synoviale dont nous avons parlé.

Le brachial antérieur et le triceps ont donc leurs attaches normales, mais comme l'humérus est pour ainsi dire luxé en dehors, il s'ensuit que leur direction est très oblique de dedans en dehors. Le biceps s'attache au lieu habituel.

Les muscles épitrochléens prennent insertion sur un noyau osseux gros comme une noisette qui repose sur le bord antérieur de la gorge cubitale. Ce noyau osseux représente l'épitrochlée.

Ce noyau épitrochléen, quelle en est l'origine ? Il est peut-être dû à une fracture de l'épitrochlée normale, la malade avait fait une chute en 1874; il est peut-être dû à son isolement progressif par l'ostéite et l'usure combinées avec la traction musculaire, ce qui semblerait le prouver, c'est la présence de brides celluleuses épaisses, de dépressions et cicatrices cutanées qui indiquent l'existence antérieure de fistules en ce point. Il est encore possible que ce soit là le résultat d'une néoformation osseuse qui s'est ainsi développée à distance de l'humérus, là où les muscles ont attiré les rares débris de périoste que l'opérateur a pu recueillir dans ce point qui avait beaucoup suppuré.

Quoiqu'il en soit, l'avant-bras était luxé en dedans sur l'humérus et l'humérus était sur sa face interne et postérieure embrassé à l'aide de liens articulaires très lâches par la gorge cubitale. Deux faisceaux d'apparence ligamenteuse reliaient l'humérus en dehors au radius et en dedans à la gorge même du cubitus.

Les muscles triceps, brachial antérieur contribuaient à maintenir cette articulation. Les muscles épicondyliens externes étaient très réduits de volume, mais en bon état.

L'artère humérale était à peu près à sa place.

Quant aux nerfs, ils étaient normaux, mais extrêmement flexueux, ce qui se comprend d'autant mieux que, d'une part, la résection avait raccourci beaucoup les os et que, d'autre part, la luxation de l'humérus en dehors et l'articulation de la gorge cubitale avec un quart inférieur de l'humérus augmentait encore ce raccourcissement. Le ganglion sus-épitrochléen, un peu volumineux, était à sa place.

Une bourse séreuse très vaste, représentant la bourse séreuse olécrânienne, se trouvait sur la partie recourbée de l'humérus.

En résumé, l'articulation réséquée nous présentait un type bien net : la gorge cubitale de nouvelle formation embrassait le cylindre huméral et roulait sur lui au gré des puissances musculaires. Mais ces mouvements de glissement de la gorge cubitale sur l'humérus étaient limités en bas par le crochet huméral, en haut par les liens fibroïdes qui unissaient l'humérus au radius et au cubitus.

A l'occasion de ce fait, j'ai entrepris quelques recherches sur les résultats anatomiques obtenus après la résection du coude.

Wagner, dans un mémoire traduit par M. Broca en 1853, dans les *Archives générales de médecine*, avait pu rassembler cinq faits bien étudiés : ceux de Roux, Thore, Syme, Heyfelder et Textor; depuis lors, aucun travail d'ensemble n'avait eu lieu sur la question. J'ai cru bon de rassembler ici tous les faits de cette nature ; j'en ai ainsi récolté quatorze, ce qui, avec le fait de M. Verneuil, nous donne un ensemble de vingt cas[1].

Ils ne sont pas tous d'égale valeur, quelques-uns sont étudiés trop légèrement ; mais la plupart, cependant, soit quatorze environ, nous donnent d'intéressants détails :

La trochlée humérale est rarement régénérée (Textor, Weichselbaum, Doutrelepont) et encore dans ce dernier cas la saillie qui en tenait place n'était pas articulaire.

Le plus souvent, l'humérus se termine par une véritable fourche (les faits d'Ollier, de Czerny, de Syme, de Doutrelepont, Jagetho, total huit faits plus ou moins nets). L'humérus présentait un prolongement imitant l'olécrâne (Lücke) absolument comme dans notre observation.

L'olécrâne, dans trois cas, n'existait pas (Syme, Jasseron, Lücke), parfois il était remplacé par un appendice huméral (Lücke) ou par une saillie radiale qui en tenait lieu (Czerny); dans les observations de Textor, de Doutrelepont, de Weichselbaum, dans toutes celles d'Ollier, comme dans la nôtre, l'olécrâne est régénéré et nettement désigné par l'insertion du triceps ; l'olécrâne peut manquer complètement (Jasseron).

L'apophyse coronoïde semble manquer assez souvent; peu d'observations s'étendent sur ce point. Quelques observations d'Ollier, celles de Doutrelepont et de M. Verneuil montrent bien que la régénération de cette apophyse n'est pas impossible.

[1] J'ai cru devoir ne pas comprendre dans cette liste : un fait de Roux, la pièce fut disséquée seize jours après l'opération ; un fait de Liston où il y avait une ankylose complète. — Voir Thore, Thèse 1843, pages 19 et 52.

L'étude de la nouvelle articulation montre une régénération bien nette du *cartilage* dans quelques points (Thore, Textor, Syme, Doutrelepont, Czerny, Jagetho). Le microscope en a démontré réellement la présence dans quelques-unes de ces observations ; dans quelques cas, on note très nettement l'existence d'une synoviale huméro-cubitale (Czerny, Weichselbaum, Doutrelepont, Ollier).

Dans d'autres cas, les auteurs spécifient très nettement que du tissu cellulaire lâche unissait les extrémités osseuses (Syme, Lücke, Doutrelepont).

Le type le plus général de l'articulation nouvellement reproduite est nettement ginglymoïdal, et le coude néoformé présente à peu près l'aspect de l'articulation tibio-tarsienne. C'est le fait le plus général qu'Ollier a le premier mis en lumière d'une façon indiscutable.

Ce type ginglymoïdal est réalisé de diverses façons : tantôt la fourche humérale reçoit le cubitus et le radius, c'est le fait le plus général, bien mis en lumière par Ollier (Syme, Ollier, Czerny, Jagetho).

Les rapports nouveaux qu'offrait le cubitus avec l'humérus dans notre observation se rattachent aussi à ce type, bien qu'ils soient absolument constitués d'une façon différente. Nulle part, je n'ai vu mentionner un fait analogue dans les diverses observations que j'ai parcourues ; parfois, il est impossible de donner une idée des rapports nouveaux qu'affectent ces os, aussi avons-nous cru devoir ajouter à notre travail un extrait de toutes ces observations qui pourra servir peut-être plus tard à une généralisation, à l'heure qu'il est trop hâtive et réellement prématurée.

En terminant, il semble qu'au point de vue opératoire, on ne doit recommander la résection du coude que lorsqu'on peut espérer laisser une partie des deux épicondyles externe et interne ; en un mot, que lorsqu'on peut espérer de réaliser une espèce de fourche humérale. — Le fait dont je viens de vous relater l'histoire, semble devoir être une exception à remarquer.

A cette première conclusion, on pourrait en ajouter une seconde, c'est qu'au point de vue des résultats définitifs, la résection pathologique du coude, malgré la perfection des procédés opératoires (procédé d'Ollier) et des méthodes de pansement (Lister) ne met pas à l'abri de récidives (ostéites ou fistules secondaires) ou de la généralisation pulmonaire qui, en dernier ressort, enlève trop souvent le malade, plus ou moins longtemps après l'opération.

Sur nos trois cas, deux morts à longue échéance, l'une au bout de deux ans (obs. 2), l'autre au bout de douze ans (obs. 3) et

bientôt probablement notre troisième malade suivra la même voie [1].

OBS. I. — ROUX. *Dictionnaire des Sciences médicales*, t. 47, p. 548, article *Résection*, par Percy et Laurent.

Roux trouva l'extrémité de l'humérus arrondie lisse, encroûtée de cartilage, le cubitus était dans le même état, le radius était carié.

OBS. II. — SYME. Treatise on the excision of diseased joints, p. 91-105. Edimbourg, 1831.

La malade fut prise après l'opération d'une carie au poignet et dut subir l'amputation 10 mois après la résection.

OBS. III. — THORE. De la résection du coude. Thèse inaugurale, Paris, 1883. Obs., v, p. 59.

Sutter, 30 ans, tumeur blanche du coude droit, sans fistules ni abcès, mais lésions profondes très étendues de tous les os de l'articulation.

Résection. Récidive de la maladie. Mort un an après l'opération.

Le radius est renflé fortement. L'humérus est irrégulièrement arrondi, l'extrémité supérieure du cubitus est renflée et couverte d'aspérités saillantes.

OBS. IV. — TEXTOR. Ueber Wiedererzeugung der Knochen nach. Resection beim Menschen. Würzburg, 1843. 8, p. 14.

Homme mort à l'âge de 57 ans, 6 ans après la résection. Les mouvements de l'articulation réséquée étaient pendant la vie tellement parfaits que même les gens prévenus ne pouvaient désigner l'articulation qui avait été opérée.

Le cubitus réséqué était allongé de 1/4 de pouce, le radius se mouvait sur lui comme à l'état normal, la trochlée régénérée était parfaite, comme si on n'en avait rien enlevé.

OBS. V. - HEYFELDER. Amputation eines vor 3 Jahren im Ellenbogengelenk resecirten Armes. (Schmidt's Jahrbücher, 1847.)

Résection pratiquée pour carie par fausse ankylose à angle aigu.

[1] Voir résection pathologique du poignet. *in Revue de Chirurgie*, 1883. — *Nepveu.*

Deux abcès. Guérison. Mais articulation nouvelle sans utilité et douloureuse ; douleurs dans le bras et dans les doigts ; amputation 3 ans après.

Obs. VI. — Syme. Lectures of clinical Surgery, in the Lancet, 1855, 3 mars, page 233.

Homme de 29 ans. L'usage fonctionnel du membre était parfait, il pouvait sauter d'un wagon à l'autre en s'accrochant par le membre opéré sans en ressentir la moindre gêne. Le membre opéré était aussi fort que l'autre. Cet homme est mort 9 ans après l'opération.

Le cubitus était sans olécrâne et sans apophyse coronoïde. Il était reçu avec le radius dans l'extrémité fourchue de l'humérus. Le radius faisait une véritable articulation avec l'humérus. Le radius et le cubitus s'articulaient entre eux.

Obs. VII. Lücke. A. Langenbeck. *Archiv. für klin. Chirurg.*, III, p. 312, n° 144 et p. 377. Obs. VI, 1862.

W... 37 ans, 1859. Une fracture compliquée de l'avant-bras avec déchirures multiples et étendues des muscles de l'avant-bras et du bras, avait produit une ankylose du coude et du poignet avec nécrose dans l'articulation huméro-cubitale. Résection totale, guérison incomplète et mort au bout de 6 mois, après une amputation suivie de pyémie.

Les muscles du bras sont en dégénérescence graisseuse complète. Les extrémités osseuses sont reliées entre elles par des masses de tissu conjonctif. L'humérus présente un prolongement poreux qui imite le condyle et présente une pointe qui descend jusque dans l'espace inter-osseux. On aurait dit un olécrâne lorsque les téguments étaient intacts. Le radius et le cubitus sont arrondis à leurs extrémités.

Obs. VIII. — Heinemann. De sanationis processu post articulationum resectionem. (Dissert. inaug. Berolini, 1865, p. 27.)

Jeune fille de 12 ans, qui portait une ankylose au coude à angle obtus. Résection par Langenbeck. Mort 4 mois 1/2 après l'opération. La malade fléchissait bien l'articulation, les autres mouvements étaient mauvais. Nouvelle apophyse coronoïde sur le cubitus, couverte d'une couche de cartilage. L'humérus aussi.

OBS. IX. — DOUTRELEPONT. *Arch. für klin. Chirurgie* VI, p. 92, nº 14 et p. 113. 1865.

Femme W..., 32 ans, carie du cubitus gauche. Résection totale le 17 décembre 1861. Mort 5 mois après, le 29 mai 1862, à la suite de tuberculose pulmonaire. Les mouvements embrassaient une étendue de 60°. Les muscles étaient en partie graisseux, les nerfs étaient normaux; le canal médullaire des divers os était formé par une mince couche osseuse. Le radius et le cubitus étaient un peu épaissis à leur extrémité. Une forte masse de tissu conjonctif partait de la face antérieure de l'humérus, de son périoste même ainsi que des muscles avoisinants et s'étalait sur la face antérieure du cubitus et du radius. Le tissu conjonctif était si solide qu'il ne permettait dans cette pseudarthrose qu'un mouvement de 60°.

OBS. X. — DOUTRELEPONT. Zur regeneration der Knochen nach subperiostaler Resection, von Dr Doutrelepont. *Arch. für klin. Chirurgie*, t. IX, p. 911, avec planches, 1868.

Mathias R..., 18 ans, avait depuis longtemps une carie du coude gauche. Le 31 août 1864, Doutrelepont lui fait une résection totale comprenant 2 centimètres de l'humérus, 4 du cubitus et 1 du radius.

La flexion et l'extension étaient bonnes, les mouvements de rotation très limités. Il mourut le 27 avril 1865 de tuberculose pulmonaire.

A l'examen de l'articulation, voici ce qu'on observa : le muscle biceps s'insérait à la tubérosité radiale, le triceps à l'olécrâne et le brachial antérieur au cubitus, les muscles étaient sains, les nerfs aussi.

Le condyle interne est formé par deux saillies et dans la gouttière qui les sépare se trouve le cubital.

Le condyle externe est terminé par une partie creuse qui reçoit la tête du radius. L'humérus montre une espèce de trochlée irrégulière, en arrière de laquelle on reconnaît la fossette cubitale postérieure.

Le cubitus présente une apophyse coronoïde nouvellement formée; l'olécrâne nouveau formé sur le cubitus se compose de deux noyaux osseux insérés dans des tractus fibreux puissants.

OBS. XI ET XII. — OLLIER. Deux cas de résection ancienne du coude avec autopsie (*Gazette hebdomadaire*, 1870, p. 488).

Le premier, âgé de 19 ans, a succombé 18 mois après la résec-

tion. L'humérus présente à son extrémité inférieure des tubérosités latérales; olécrâne et apophyse coronoïde de nouvelle formation. La tête du radius est reconstituée.

Le deuxième, âgé de 49 ans, est mort un an après la résection du coude. Du côté de l'humérus, deux saillies latérales. Olécrâne nouveau.

Obs. XIII. — Ollier. Résection ancienne du coude. Autopsie. *Soc. de chir.*, 1872, p. 427. Voir *Académie des Sciences*, août 1870.

Jeune homme de 21 ans, Léon P..., opéré en 1868 à l'Hôtel-Dieu. Quatre mois après l'opération il paraissait devoir guérir complètement, une fistule persistait encore. Il mourut dans le marasme.

L'humérus se termine par deux tubérosités, en divergeant, elles laissent un espace dans lequel se loge le cubitus et le radius. C'est une espèce d'articulation tibio-tarsienne. Du côté du cubitus, olécrâne nouveau, le radius se termine par une petite tête.

Obs. XIV. — Gayet. Autopsie, 3 mois après la résection.

Cité par Ollier, sans détails, en rapportant la précédente observation.

Obs. XV. — Czerny (V). Beschreibung eines neugebildeten Gelenkes. *Arch. für klin. Chirurgie*, t. XIII, p. 225, planche, 1872.

Otte L..., 13 ans. Arthrite du coude après une chute, ankylose avec flexion à 145°. 6 fistules. Résection le 30 octobre 1868. Elle meurt le 19 avril 1871 de phtisie pulmonaire.

Le radius présente une apophyse qui tient lieu d'olécrâne. Deux condyles, l'un externe, l'autre interne terminent l'humérus; entre eux se trouve une vaste cavité articulaire partagée en deux facettes. Les deux extrémités du radius et du cubitus répondent à ces facettes et sont embrassées par la fourche humérale.

L'os sésamoïde développé dans le tendon du biceps qui représente l'olécrâne se rattache surtout à l'épiphyse radiale. Cartilage sur les surfaces articulaires démontré par l'examen microscopique. Capsule articulaire.

Obs. XVI. — Jasseron, chirurgien de l'hôpital civil d'Oran. Résection sous périostée du coude. Autopsie. Rapport à la Société de chirurgie, par M. Paulet, 1872, p. 342.

Jeune homme de 24 ans; plaie pénétrante de l'articulation et

fracture de l'olécrâne par un hache-paille en août 1869. Arthrite suppurée que M. Jasseron combat au bout d'un mois par la résection sous-périostée. Ablation de 7 centimètres de l'humérus, de 2 centimètres du radius et de 5 du cubitus.

Le malade va bien, mais conserve quelques fistules ; les mouvements sont peu étendus. En 1870, 14 mois après la résection, il est pris d'une variole confluente peu après une tentative de rupture de son ankylose et meurt.

A l'autopsie du coude, le radius ne présente ni col, ni tête, ni capsule ; l'humérus ne présente plus de trace d'épitrochlée. En dehors il y a quelque chose qui ressemble à l'épicondyle et au-dessous de cet épicondyle une longue apophyse qui va rejoindre le cubitus.

L'apophyse coronoïde est reproduite, mais non l'olécrâne.

Obs. XVII. — Jagetho (Clinique de Hueter). *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. IV, p. 405, 1874.

Étude anatomique plusieurs années après la résection. Mouvements pendant la vie excellents, flexion 40°, supination et pronation libres. Les condyles interne et externe de l'humérus proéminent, et embrassent en fourche le radius et le cubitus, d'où ressemblance avec l'articulation tibio-tarsienne. Cartilage sur les surfaces articulaires dans l'articulation huméro-radiale. Capsule. Une deuxième articulation unissait l'apophyse coronoïde et le condyle interne.

Obs. XVIII. — Weichselbaum (A). Drei geheilten GelenkResectionen, avec planches. *Arch. für klin. Chirurgie,* t. XVI, p. 253, 1874.

Kaintz J... Coup de feu en 1859 dans le coude droit. Résection totale. Mort le 4 janvier 1872 de délirium tremens. Sur le cadavre extension possible jusqu'à 130° et flexion jusqu'à 65°. Les muscles radiaux externes et long supinateur sont atrophiés. Le brachial antérieur est graisseux en partie, l'anconé l'est totalement. Sur les extrémités, on observe deux cavités articulaires presqu'entièrement distinctes, séparées l'une de l'autre par une cloison horizontale.

L'articulation supérieure revêt l'extrémité inférieure de l'humérus ; cette surface légèrement creuse s'étend sur une largeur de 2° 1/2.

L'articulation inférieure est formée par la rencontre d'une partie de l'humérus et de l'extrémité supérieure du cubitus. Il n'y a

aucun vestige d'articulation radio-humérale ou radio-cubitale. La capsule, très dense, empêche l'extension complète et la flexion ne peut dépasser 65° par la rencontre d'une apophyse coronoïde nouvellement développée sur l'humérus. Synoviale et revêtement cartilagineux sur les surfaces articulaires. Quelques marques non douteuses d'arthrite déformante.

Obs. XIX. — Ollier, *Société de chirurgie*, p. 314, t. VIII de la 2e série.

Homme opéré à l'âge de 27 ans pour une ostéoarthrite du coude. Mort 9 ans après.

Reconstitution de la tête radiale, de l'apophyse olécrânienne. L'articulation nouvelle est du type ginglymoïdal.

Kystes de la région latérale droite du cou, situés sous le sterno-mastoïdien et probablement d'origine ganglionnaire. — Examen histologique des kystes. — Extirpation. — Guérison,

par le Dr Terrillon.

J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'une jeune fille que j'ai opérée à la Salpêtrière, et chez laquelle j'ai rencontré trois kystes de la région latérale droite du cou, kystes qui peuvent être, au moins d'après l'examen histologique, considérés comme étant d'origine ganglionnaire.

Je vous lirai donc l'observation de la malade, ensuite l'examen histologique fait au Collège de France par M.Denucé,mon interne, et vous ferai part de quelques réflexions à ce sujet.

La nommée B...,âgée de 18 ans, fille de service à la Salpêtrière, entre dans le service de chirurgie le 29 mai 1883.

Elle a toutes les apparences d'une bonne santé et ne paraît avoir eu aucune affection importante dans sa jeunesse, ni aucune trace de scrofulose.

Ses père et mère sont bien portants. Elle a six frères et sœurs bien portants.

Vers l'âge de 15 ans, elle s'aperçut de la présence de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, occupant la région latérale droite du cou. Cette petite grosseur indolente resta stationnaire pendant 18 mois environ.

Depuis le commencement de l'année 1882, son développement s'est accentué progressivement, ne provoquant que de la gêne, une déformation de la région, mais absolument indolente.

Dans la région latérale droite du cou existe une tumeur, située dans le sterno-mastoïdien, et s'étendant depuis l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'à deux centimètres de la clavicule.

Vers la partie supérieure, elle déborde le sterno-mastoïdien en arrière; vers son extrémité inférieure, au contraire, elle déborde en avant.

La déformation de la région est très sensible à la vue, et on remarque déjà que la tumeur est bosselée et croisée obliquement par une grosse veine.

Par la palpation, on reconnaît facilement qu'il existe 3 masses distinctes, une supérieure plus volumineuse qui se prolonge vers l'apophyse mastoïde; une moyenne qui déborde un peu le sterno-mastoïdien en avant, et une inférieure plus petite et plus profonde.

Ces trois masses sont bosselées, dures, insensibles à la pression et assez mobiles sur les parties profondes.

Lorsque le sterno-mastoïdien est contracté à leur surface, elles semblent davantage immobilisées, mais le muscle ne leur est pas adhérent. (Elles paraissent absolument indépendantes l'une de l'autre.)

La présence de ces tumeurs n'occasionne aucune espèce de gêne ni du côté de la respiration, ni du côté de la déglutition ou de la circulation. Les pupilles sont également dilatables et contractiles.

La gorge est intacte ainsi que la région sus-hyoïdienne.

En présence des caractères de ces tumeurs, il était difficile de ne pas penser à la présence de ganglions hypertrophiés.

Pendant un mois environ, la malade fut soumise aux douches et à l'arsenic pour voir ce que deviendraient ces tumeurs.

Pendant cette période de temps, elles semblèrent augmenter légèrement, ce qui fit qu'on proposa à la malade l'ablation.

L'opération fut pratiquée le 26 juin.

Une incision verticale, allant de l'angle de la mâchoire, un peu au-dessus de la clavicule, permit de sectionner l'aponévrose superficielle du cou, et d'arriver sur les tumeurs qui purent être enlevées l'une après l'autre, après une dissection lente et difficile, à cause du voisinage des gros vaisseaux et surtout de la jugulaire interne qui fut dénudée sur une assez grande étendue.

Pour enlever la partie supérieure, il fut nécessaire de faire une section dans le sterno-mastoïdien.

Plusieurs veines furent ouvertes et liées avec du catgut. L'incision fut réunie par des ligatures au catgut et deux tubes à drainage, l'un supérieur, l'autre inférieur, furent placés dans le fond de la plaie.

Un pansement de Lister recouvrit le tout; ayant soin de faire une compression légère sur la région.

Les suites de l'opération furent des plus bénignes, et actuellement la malade est guérie.

Examen des tumeurs. Chacune des tumeurs avait un volume différent.

La tumeur est formée de trois masses dont la plus petite a le volume d'une grosse noix, et la plus grosse celle d'un œuf de pigeon.

Cette dernière, à la coupe, présente la disposition d'un kyste multiloculaire, comprenant une poche volumineuse à parois minces, à laquelle adhèrent trois ou quatre cavités moins considérables et une masse solide formée d'une grande quantité de petites cavités kystiques, indépendantes les unes des autres.

Toutes ces cavités sont pleines de liquide : pour les unes, le liquide est fluide, teinté légèrement en rouge. Au microscope, on n'y trouve que des globules blancs et des globules rouges, plus ou moins déformés, en assez grande quantité. Pour les autres, le liquide poisseux contient, outre les éléments précités, de nombreux cristaux de cholestérine.

A un faible grossissement les préparations montrent d'innombrables coupes de tubes, entre lesquels se voit un réticulum fin et peu abondant. De ces tubes, les uns sont remplis de cellules cylindriques ou cubiques appliquées à la paroi, tantôt ne formant qu'une couche et laissant au centre une lumière, tantôt remplissant absolument la cavité; les autres renferment une substance colorée en jaune, homogène, mais contenant quelques éléments arrondis, globules rouges déformés probablement. Cette substance tantôt remplit plus ou moins exactement la cavité, tantôt est séparée des parois par une rangée de cellules, régulièrement alignées ou, par places, entassées sans ordre apparent.

Des vaisseaux volumineux à parois assez musculaires se voient çà et là gorgés de globules rouges.

A un grossissement plus fort, la substance jaune apparaît comme de la matière colloïde, renfermant en effet quelques globules rouges.

Sur certains points plus minces de la coupe, on la voit en rapport avec de véritables cellules caliciformes tapissant la paroi.

Les tubes apparaissent nettement : les uns, garnis de cellules ont absolument l'aspect d'un épithélium tubulaire.

Dans d'autres, on voit les cellules gonflées, comme prêtes à se confondre. Les autres, enfin, formant de véritables kystes, contenant de la substance colloïde.

Enfin, dans le voisinage des vaisseaux, le réticulum est plus abondant et semble prendre un point d'appui sur leur paroi.

De ce caractère, de l'aspect réticulé de la tumeur, de l'examen

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. *Le gérant* : G. Masson.

des parois des grands kystes (Prép. 1), on peut conclure que la tumeur s'est probablement développée aux dépens d'un ganglion lymphatique.

Quant à la nature de la tumeur,elle est difficile à déterminer, vu sa grande rareté.

Nous avons probablement affaire à une de ces formes spéciales d'épithélioma dont les kystes de l'ovaire offrent un exemple, et le siège de la tumeur est un ganglion lymphatique.

Je ne connais que deux cas analogues, un de Richard, qui a été publié dans les Mémoires de la Société de chirurgie (t. III, p. 38); la tumeur siégeait dans la même région, mais il n'y a pas eu d'examen histologique; l'autre, observé par M. Verneuil; la tumeur siégeait dans la région sus-claviculaire, et l'analyse histologique faite par Muron se trouve consignée dans les Bulletins de la Société de biologie (5e série, t. II, p. 146); il y est dit qu'on a constaté l'existence d'un reticulum.

Les faits rapportés dans l'article Cou du *Dictionnaire encyclopédique* n'ont qu'un rapport très éloigné avec ceux-ci, que caractérise cette dégénérescence spéciale qui nous permettrait, au point de vue de la nomenclature, de les appeler épithéliomes kystiques, et de les rapprocher des kystes multiloculaires de l'ovaire dont le mode de formation semble identique d'après les travaux de MM. Malassez et de Sinety.

Discussion.

M. Lannelongue. L'observation que vient de nous communiquer M. Terrillon, présente un grand intérêt au point de vue pathogénique, mais notre collègue n'est-il pas arrivé à une conclusion trop absolue en affirmant l'origine ganglionnaire de la tumeur? J'ai observé un certain nombre de kystes congénitaux du cou; et j'ai l'analyse histologique de sept ou huit de ces kystes faite au laboratoire du Collège de France; je vous communiquerai mes observations dans une prochaine séance. En attendant, je puis vous dire qu'on trouve dans ces tumeurs tous les états intermédiaires entre les cylindres remplis d'épithélium et les cavités kystiques à revêtement épithélial interne et externe; je vous soumettrai les dessins, vous arriverez sans peine à cette conviction, que c'est la même chose; et vous verrez, par la nature même des transformations, qu'il s'agit là d'une tumeur à évolution indéfinie.

La texture n'implique pas l'origine première d'une tumeur, et M. Terrillon a eu tort de ne chercher ses termes de comparaison que dans les tumeurs publiées sous l'appellation de kystes ganglionnaires. Je suis, au contraire, tenté de rapprocher les tumeurs

qu'il nous présente, des kystes congénitaux du cou, que je considère avec Cruveilhier, comme des tumeurs d'origine vasculaire.

Toutes les fois que j'ai examiné l'épithélium de ces kystes, je l'ai vu ressembler absolument à l'épithélium veineux, et différer tout à fait de l'épithélium si caractéristique des vaisseaux lymphatiques. Quand j'ai extirpé les tumeurs, j'ai dû, au cours de l'opération, couper et lier de très nombreux vaisseaux veineux. Enfin, le liquide contenu dans les poches kystiques a varié entre la sérosité limpide et le sang presque pur à globules à peine déformés; j'ai observé tous les intermédiaires.

Voici donc une série de caractères : nature de l'épithélium, nature du liquide, mode d'accroissement des parois suivant le mécanisme de l'accroissement indéfini ; enfin, rapport de la tumeur avec les vaisseaux sanguins, qui me font persister dans le doute au sujet de l'origine de ces tumeurs. Enfin, un kyste du cou peut exister partout, même dans les muscles. M. Terrillon est-il bien sûr du siège apparent de ses kystes ? A-t-il été suffisamment renseigné sur les antécédents de sa malade ? Le mal ne remontait-il pas à la première enfance ?

M. Monod. M. Lannelongue s'appuie sur des observations et des analyses histologiques ; je ne puis apporter, comme appui à sa manière de voir, que des souvenirs, et les faits que je me souviens d'avoir observés ne trouvaient pas une explication suffisante avec l'origine ganglionnaire. D'ailleurs, M. Terrillon, en comparant la texture des kystes qu'il nous présente à la texture des kystes de l'ovaire, écarte, par le fait même de cette comparaison, l'idée d'une origine ganglionnaire. Il est plus probable qu'il s'agit là de kystes congénitaux, et, si on n'en a reconnu la présence que lorsque la malade avait déjà quinze ans, c'est que, pendant longtemps, la profondeur de la tumeur l'avait empêchée d'être appréciable.

M. Després. Je trouve singulier que, dans cette discussion, on n'ait pas encore songé à citer la thèse de Boucher, sur les kystes congénitaux du cou, où il est dit que, presque toujours, ils sont situés en avant, et que toujours on les observe à la naissance. Les kystes des ganglions sont communs, autrefois on les incisait, après évacuation du contenu, on remplissait la cavité avec de la charpie et on faisait bourgeonner la paroi interne. Moi, je les draine et je les lave à la teinture d'iode, comme faisait Chassaignac, dont M. Terrillon n'a qu'à consulter le Traité de médecine opératoire pour y trouver de nombreux exemples. Si notre collègue n'a pu réunir que trois cas, avec examen de pièces, c'est que les autres ont été simplement incisés, mais certainement ces faits ne sont pas aussi rares.

M. Trélat. Je possède vingt-cinq observations de kystes congénitaux du cou : la première a été publiée il y a trente-deux ou trente-trois ans par M. Blachez dans les Bulletins de la Société anatomique ; je me suis toujours proposé de réunir ces matériaux en un travail d'ensemble, et si je ne l'ai pas publié, c'est parce que je n'ai pas pu arriver encore à une détermination suffisante de la nature des lésions. Cependant, tout me porte à considérer ces kystes comme ayant une origine veineuse. Dans un travail fait en commun avec M. Monod, sur l'hypertrophie bilatérale du corps, nous avons trouvé une foule de paraformations, si vous me permettez l'expression, qui pour moi équivaut au mot paradoxe et désigne des produits plus ou moins anormaux, et nous y avons saisi l'origine de formations kystiques aux dépens de l'appareil circulatoire; je viens donc joindre ces documents aux faits signalés par M. Lannelongue, et je répète ce que j'ai dit plus d'une fois ici : les questions d'origine ou de texture des tumeurs ne peuvent être élucidées avec des documents anciens.

Je ne trouve pas, comme M. Després, que les kystes ganglionnaires soient fréquents ; en tous les cas, il ne suffit pas pour en affirmer l'existence, du diagnostic d'un chirurgien, fût-il le plus éminent. Cette réserve est d'autant plus justifiée que nous voyons les histologistes eux-mêmes, hésiter lorsqu'il s'agit de la détermination anatomique de semblables tumeurs.

J'ai été frappé, en écoutant la communication de M. Terrillon, de l'âge de la malade, de la profondeur de la tumeur, et d'un ensemble de caractères, qui m'ont fait penser de suite, comme MM. Lannelongue et Monod, aux tumeurs congénitales, à ces tumeurs qui restent si souvent inaperçues pendant les premiers âges de la vie et qui, vers quinze ou vingt ans et même plus tard, mais avant vingt-cinq ans, apparaissent sous forme de tumeurs dermoïdes ou autres.

M. Desprès. Si nous acceptions les théories de M. Trélat, nous ne serions jamais en état de donner un nom à une tumeur qui n'aurait pas été extirpée et soumise à un examen histologique, et nous n'interviendrions jamais qu'à la manière des empiriques.

Or, je conteste absolument la valeur du microscope dans la détermination de la nature des produits morbides, et jamais je n'ai vu un micrographe examiner une tumeur sans s'informer au préalable de sa provenance.

De quel droit, d'ailleurs, nous dites-vous qu'une tumeur congénitale a sommeillé quinze ans et plus avant d'être appréciable ? Vous faites une pure hypothèse. Ce n'est pas par les moyens que vous préconisez qu'on arrive au diagnostic, mais par l'évolution bien étudiée.

M. TRÉLAT. J'ai dit qu'on ne peut distinguer que ce qu'on connaît, et je prétends qu'on ne peut pas faire de diagnostic entre deux choses également inconnues.

M. RICHELOT. Je crois que M. Després fait erreur et prend des abcès froids pour des kystes. Nous savons toutes les modifications que peuvent subir les abcès froids, et nous savons qu'il en est bon nombre qui se rapportent au tableau que M. Després nous a fait des kystes du cou.

M. DESPRÉS. Je serai de l'avis de M. Richelot, quand il me montrera des abcès froids qui durent deux ans chez un même individu. Lorsqu'un abcès froid dure seulement depuis deux mois, la peau est déjà rouge et il ne tarde pas à se former une écrouelle.

M. LANNELONGUE. J'affirme formellement avoir vu des abcès froids qui duraient depuis des années ; et, d'ailleurs, il y a un caractère distinctif bien simple : les abcès froids n'ont pas d'épithélium et les kystes en sont pourvus. Il s'agit ici de savoir si les tumeurs observées par M. Terrillon sont, ou non, d'origine ganglionnaire ? Ce que j'ai voulu dire, c'est qu'elles pouvaient ne pas l'être, que les rapports de voisinage avec des ganglions ne sont pas une preuve suffisante, pour affirmer la nature ganglionnaire, et que l'existence d'un épithélium d'origine veineuse, bien différent de l'épithélium lymphatique, permet de présumer le contraire.

La séance est levée à 5 heures 15 minutes.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 18 juillet 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Bulletin de l'Académie de médecine.

2° M. Terrier offre de la part de M. Villeneuve, chirurgien en chef des hôpitaux de Marseille, deux observations.

a) Éveil d'un état constitutionnel (hystéro-épilepsie) par un traumatisme opératoire.

b) Récidive d'une tumeur fibrokystique de l'ovaire. Deuxième opération, guérison. (Rapporteur, M. Terrier.)

A propos du procès-verbal.

M. Championnière. Je crois, d'après le procès-verbal, n'ayant pas été à la dernière séance, que M. Terrillon s'est mépris sur ma proposition relative aux kystes paraovariens. J'ai simplement dit que ceux-ci n'avaient pas la tendance nécessaire à se développer dans le ligamment large. J'en ai opéré deux et j'en ai vu opérer nn troisième et les ai vus étalés au dessus du ligament large, avec pédicule étendu, mais il n'y avait pas de dédoublement du ligament large. Ce sont des faits et quelles que puissent être les opinions de Koeberlé ou de Kaltenbach, on ne peut pas nier des faits. On a, du reste, dit sur ce sujet bien des choses en contradiction avec les faits. Je n'avais présenté cette considération que pour montrer l'inconvénient qu'il y a à généraliser d'après un petit nombre de faits.

Discussion sur l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

M. Verneuil. Messieurs, je monte à la tribune pour la troisième fois à cause de l'importance des questions soulevées, de ma ténacité bien connue quand il s'agit de soutenir ce que je crois être la vérité, et aussi parce qu'ayant eu la bonne fortune de faire descendre dans l'arène des contradicteurs éminents, je vais tâcher de les convertir à mes idées.

Je répondrai aujourd'hui au second discours de M. Trélat, mais je n'embrasserai plus aussi largement le sujet. Content d'avoir entendu notre collègue déclarer qu'il partageait ma manière de voir sur plusieurs points aussi importants que les cancers viscéraux, les affections rénales et hépatiques, le diabète, auxquels il ajouterait, sans trop se faire prier, j'en suis sûr, l'alcoolisme, le scorbut, le paludisme, la leucocythémie, etc., je circonscrirai le débat à une seule maladie générale qui n'est malheureusement ni la moins grave ni la moins fréquente ; j'ai nommé la tuberculose.

J'en avais parlé, brièvement il est vrai, dans mon premier et dans mon second discours; j'avais dit que le traumatisme pouvait l'éveiller, la réveiller, l'aggraver comme tout autre état constitutionnel ; j'avais appuyé ces assertions sur des faits que je croyais

démonstratifs, et voici que M. Trélat conteste le rapprochement que j'avais établi, s'inscrit en faux contre mes opinions, et prononce enfin la phrase suivante, qui m'a causé la plus grande surprise.

« Si l'on veut prétendre, dit-il, qu'un trauma est susceptible par lui-même d'aggraver une diathèse ou de déterminer telle ou telle de ses manifestations, il faut prendre d'autres exemples que la tuberculose ».

Et pourquoi cette maladie ne convient-elle pas à la démonstration et fait-elle exception à la loi commune? C'est, ajoute M. Trélat, parce qu'elle peut, en dehors de tout traumatisme, se comporter exactement comme elle a fait chez les malades dont M. Verneuil a rapporté l'histoire.

Ce qui peut se traduire peut-être encore plus clairement de la façon suivante: *L'aggravation de la tuberculose notée chez les tuberculeux blessés n'est pas due au traumatisme parce qu'elle aurait pu se produire sans lui.*

Je prierai d'abord mon honorable contradicteur de remarquer que son raisonnement s'applique également aux propathies, qu'à ses yeux comme aux miens, le traumatisme aggrave incontestablement. M. Trélat aurait pu dire avec autant de raison: Voici réunis chez la femme un cancer du sein et un cancer viscéral secondaire ; l'ablation du premier semble avoir fait marcher rapidement le second, mais c'est une erreur, le traumatisme n'y est pour rien, car l'aggravation aurait pu se montrer quand même on n'aurait pas opéré. Un albuminurique, un cardiaque valides en apparence sont blessés; peu de jours après, le premier est pris d'urémie et le second meurt subitement. N'accusez point le traumatisme, car l'urémie appartient à l'évolution naturelle de la maladie de Bright et la mort subite termine souvent les cardiopathies.

On pourrait aller loin dans cette voie; rien n'empêcherait en effet de nier l'influence fâcheuse d'une affection intercurrente sur une maladie préexistante,—ce qui est précisément le cas lorsqu'une blessure atteint un propathique, — sous prétexte que la seconde peut parcourir ses phases sans l'intervention de la première.

Ce raisonnement est tellement défectueux qu'avant de l'attribuer à mon honorable ami, j'ai relu attentivement son texte lequel est malheureusement fort clair.

M. Trélat avait d'abord été vivement frappé de ces faits de méningite tuberculeuse survenant à la suite d'opérations variées, graves ou légères. Mais il s'était rassuré, s'avisant que la tuberculose marche par étapes, séparées par des temps d'arrêt plus ou moins longs, que, si par conséquent, la méningite s'est déclarée après une résection, une ouverture d'abcès, une simple ponction ou un faux pas, tous ces traumas n'y ont été pour rien, car il

s'agissait simplement de la marche naturelle de la maladie. Et afin qu'aucun doute ne persiste, M. Trélat ajoute : « ces blessés ont été victimes d'une de ces poussées que l'on rencontre si habituellement chez les tuberculeux et qui auraient pu se produire sur des malades non blessés et qu'on aurait pour ainsi dire, placés dans du coton. On pourrait à la rigueur accorder que le traumatisme a compromis quelque peu ces blessés et ajouté un nouveau fardeau à celui que leurs épaules ne pouvaient déjà plus porter, mais on ne saurait aller au delà ».

Sans s'en douter, M. Trélat me fait dans cette dernière phrase une concession dangereuse; car, pour employer à son exemple le langage métaphorique, je lui rappellerai qu'on a toujours accordé une grande importance à la dernière goutte qui fait déborder le vase, au dernier centigramme qui, ajouté dans le plateau de la balance, rompt l'équilibre de cette dernière. Si le traumatisme représente par rapport à la conservation de la vie, cette dernière goutte ou ce dernier centigramme, il n'est pas permis de dégager si lestement sa responsabilité.

Si encore, au lieu d'une méchante douzaine de faits, j'en apportais des centaines, si je dressais deux colonnes toutes pleines l'une de tuberculeux blessés, l'autre de tuberculeux abandonnés à eux-mêmes, et si je montrais que la vie est abrégée par le traumatisme chez les sujets de la première série, M. Trélat se rendrait peut-être, mais jusque-là il considérera comme une erreur, comme un abus de langage, cette assertion que le traumatisme produit la méningite tuberculeuse ou toute autre manifestation de la même diathèse.

Alors, au lieu de me louer, comme je le mérite, d'avoir exposé simplement les faits, et de m'être abstenu soigneusement d'en tirer encore des conclusions formelles, notre collègue blâme ma réserve et me reproche mon silence. Il va plus loin, et prenant la parole à ma place, il déclare que d'après moi, on ne doit plus toucher aux tuberculeux ; car s'il était démontré qu'une seule opération a pu produire une méningite spécifique, aucun chirurgien n'oserait affronter une opération en cas de tuberculose.

J'ai déjà, en temps opportun, protesté contre une interprétation aussi erronée que possible de mes opinions et contre des exagérations que j'ai le regret de constater dans chacun des discours de M. Trélat. Je m'étonne qu'un pareil maître en l'art de bien dire use ainsi de l'hyperbole, qui, son étymologie le dit assez, n'atteint jamais son but. Aujourd'hui, je veux m'efforcer de réfuter tranquillement et méthodiquement mon éminent ami, en le serrant d'aussi près que possible, ce dont il ne saurait, d'ailleurs, ni s'étonner, ni se blesser.

J'ai à faire une première remarque. Pour prouver que le traumatisme peut aggraver la propathie tuberculeuse, j'ai invoqué non seulement ces méningites sur lesquelles je vais revenir dans un instant, mais aussi ces phtisies aiguës, ces tuberculoses miliaires, ces pleurésies tuberculeuses à marche rapide, ces pneumonies caséeuses, qu'on observe si souvent chez des sujets atteints de tuberculose thoracique et qui abrègent si notablement l'existence de ces malheureux.

Pourquoi donc M. Trélat passe-t-il ces faits sous silence? Est-ce parce qu'ils sont rares? ou seraient-ils embarrassants?

Rares, à coup sûr ils ne le sont nullement. Dans mes précédents discours, je n'ai point cité ceux de ma pratique, parce que je croyais la chose superflue, et que, d'ailleurs, je ne parlais qu'incidemment de la tuberculose; mais, puis qu'il faut insister sur la démonstration, je vais citer quelques nouveaux faits.

Une résection de l'épaule, faite chez un paysan un peu alcoolique, et que je croyais seulement atteint de vieille bronchite et d'emphysème, provoqua en peu de jours une pleurésie purulente partie du sommet d'un poumon où se trouvaient plusieurs petites cavernes tuberculeuses.

Une pneumonie caséeuse a enlevé rapidement, à la suite d'une petite hémorragie secondaire, un phtisique que j'avais amputé de la jambe pour une ostéo-arthrite tibio-tarsienne très douloureuse.

J'opérai d'une fistule anale de 3 ou 4 centimètres de longueur une femme d'une quarantaine d'années, à poumons légèrement tuberculeux. J'eus la malencontreuse idée d'employer la ligature élastique, dont on faisait grand éloge à ce moment. Pendant deux jours, la malade souffrit cruellement et fut privée de sommeil. La fièvre s'alluma, la toux s'exaspéra, et des accidents graves éclatèrent du côté du thorax. Huit jours s'étaient à peine écoulés que la mort survenait par suite d'une pneumonie caséeuse très étendue.

Il y a trois ans, j'opérai à la Pitié un jeune garçon d'une vingtaine d'années, pour une fistule qui l'incommodait notablement. La lésion locale était fort simple; mais l'auscultation indiquait une tuberculose commençante des deux sommets. L'opération fut faite avec le thermo-cautère qui réduit le traumatisme au minimum. Néanmoins, le troisième jour apparurent des symptômes alarmants du côté de la poitrine; dysnée, toux, teinte cyanique du visage, fièvre, prostration. Quelques jours plus tard, le malade succombait en proie aux accidents d'une granulie suraiguë. A l'autopsie, on constata dans toute l'étendue des deux poumons une éruption confluente de tubercules miliaires de très fraîche date, et, aux sommets, des lésions plus anciennes.

Depuis que j'ai rencontré ces deux faits, j'ai compris mieux qu'autrefois la répugnance des vieux chirurgiens pour l'opération de la fistule anale chez les tuberculeux; car, à côté de l'inutilité trop fréquente, se trouve certainement le péril immédiat.

Les faits que je viens de rapporter sont relativement récents parce que je suis resté longtemps à la période d'incrédulité où se trouve encore M. Trélat, période pendant laquelle je n'étais point convaincu comme je le suis aujourd'hui, du pouvoir d'aggravation que le traumatisme possède trop souvent vis à vis de la tuberculose.

Il y a pourtant plusieurs années que ma conviction aurait pu se faire. J'aurais dû d'abord écouter la tradition. Sans revenir sur la fistule anale, bien des chirurgiens ont protesté contre les amputations chez les phtisiques, et contre la castration en cas de tuberculose génitale, accusant ces opérations non seulement d'être insuffisantes, mais encore d'accélérer la marche de la diathèse. A quoi on répondait en citant par ci par là quelques cas où une amputation semblait avoir arrêté les progrès d'une grave affection thoracique. Quant aux insuccès de l'intervention, ils paraissaient sans doute trop naturels pour qu'on crut devoir les mentionner explicitement.

Je ne puis cependant m'empêcher de rappeler à ce sujet un fait observé par M. Bouisson [1], de Montpellier.

Homme de 28 ans; enfance misérable; manifestations habituelles de la scrofule; adolescence sans accidents.

A 25 ans, après excès de travail et de coït, orchite tuberculeuse avec abcès multiples du testicule droit. La guérison fut longue à obtenir. Quelques mois après, le testicule gauche se prend à son tour de la même manière; en dépit du traitement, les abcès persistent, et on finit par pratiquer la castration.

Mais la plaie opératoire était à peine cicatrisée, que surviennent d'autres accidents, attribués par M. Bouisson à cette castration, qu'il qualifie d'inopportune: nouveaux abcès du testicule droit, diverses caries osseuses, tumeur blanche tibio-tarsienne droite, qui ne cèdent qu'à un traitement antiscrofuleux énergique et continué pendant plus de deux ans.

Bien que l'aggravation des accidents thoraciques ne soit pas généralement admise, il y a pourtant ici une question de chiffres qui n'est pas à dédaigner. Si, au lieu de procéder par douzaines, je comptais par centaines, M. Trélat se sentirait peut-être ébranlé. Or, pour si peu de temps que j'ai commencé mon enquête, j'atteins déjà un nombre imposant de faits qui plaident dans mon sens. Quelques-uns sont publiés pour prouver toute autre chose, comme le suivant, communiqué jadis à la Société de chirurgie, par Demarquay [2].

[1] Bouisson, *Tribut à la chirurgie*, t. II, p. 407.
[2] *Bull. de la Soc. de chir.* 1re série, t. X, p. 46, 1859.

Enfant de 10 ans, de l'Amérique du sud. Tumeur blanche du genou déjà ancienne; flexion telle que le genou touchait la fesse; muscles postérieurs fortement tendus et rétractés; persistance de quelques mouvements et rotule un peu mobile; un peu d'épanchement articulaire.

Amaigrissement général considérable; la poitrine, examinée, fut trouvée saine. Ponction, issue de liquide purulent; injection iodée qui est assez bien supportée.

Quelque temps après, chloroformisation, redressement du membre facilement obtenu. Gouttière, puis, 2 ou 3 jours après, appareil dextriné; pleuro-pneumonie terminée par la mort en 48 heures.

A l'autopsie, point de pus dans l'articulation, mais fracture incomplète du fémur par flexion de l'os, résultant des tractions opérées pour redresser le membre.

Les poumons étaient remplis de tubercules.

En voici un autre, encore inédit, qui m'a été communiqué par M. Tuffier, aide d'anatomie de la Faculté, dans lequel l'apparition des accidents thoraciques a succédé à une opération qui passe pour être très bénigne en général.

L..., 41 ans, tonnelier, alcoolique. Entré le 12 mars 1880 à l'hôpital Cochin. Arthrite du genou gauche, sans épanchement, douleur limitée au niveau du condyle interne du tibia. Le malade dit tousser depuis deux mois; mais on ne trouve rien dans les poumons.

Le 16 mars, pointes de feu et compression ouatée. Le lendemain, albuminurie assez abondante.

Le 19 mars, quelques râles similants et muqueux aux bases. Dyspnée très modérée. Expectoration d'une bronchite.

A partir de ce jour, la dyspnée augmente progressivement, râles muqueux à grosses bulles. Régime lacté et julep diacodé.

Le 22, diminution de l'albuminurie, mais râles dans toute la poitrine; dyspnée croissante; crachats teintés de sang; fièvre de plus en plus élevée. — Bouillons concentrés, lait, sulfate de quinine 0,60; extrait de quinquina, 4 grammes; sirop d'iodure de fer.

Le 26 mars l'albuminurie augmente; coloration d'un brun foncé presque sanguinolente des urines, pas d'œdème.

Le 27, délire. Le 28, œdème des mains. — Mort le 30 mars.

A l'autopsie, nombreux tubercules crus dans les poumons et sur la plèvre.

Foie graisseux; au niveau du lobe gauche, kyste hydatique suppuré du volume du poing.

Rate doublée de volume, sans tubercules.

Reins volumineux, petits tubercules dans les pyramides.

État velvétique du cartilage de la rotule. Pas de tubercules articulaires. Franges rouges à aspect fongueux. Érosion du cartilage du fémur. Rien dans le cerveau.

D'autres faits sont rapportés sans détails dans des comptes

rendus cliniques ou dans des relevés statistiques ; ils n'en sont peut-être que plus probants, ayant été publiés sans idée préconçue.

Ouvrez le tome IV des *Archives de Langenbeck*, à la page 574, vous y trouverez un mémoire du Dr Wölckers, assistant de la clinique chirurgicale de Kiel, intitulé *Contribution à la statistique des amputations et des résections.*

119 opérations sont rapportées avec 30 décès. Parmi ces derniers, j'en trouve 7, soit 23/00, dans lesquels la tuberculose aiguë a certainement amené la mort. Voici l'indication sommaire de ces faits.

Homme, 41 ans. Arthrite suppurée du pied et hydarthrose chronique du genou. Cette dernière durait depuis 17 ans, faisait souffrir plus ou moins le malade. Amputation de la cuisse; mort, 17 jours après, de tuberculose miliaire aiguë.

Homme, 45 ans. Arthrite suppurée du genou; amputation de la cuisse. La plaie était cicatrisée, lorsque, deux mois après l'opération, le malade meurt de tuberculose miliaire.

Homme, 34 ans. Arthrite tibio-tarsienne suppurée ; amputation de la jambe; mort, 7 semaines après, de tuberculose pulmonaire.

Homme, 61 ans. Arthrite tibio-tarsienne suppurée ; amputation de la jambe ; mort, 3 semaines après, de tuberculose pulmonaire.

Homme, 53 ans. Arthrite suppurée du poignet; amputation de l'avant-bras ; mort, 4 semaines après, de tuberculose miliaire aiguë.

Homme, 27 ans; coxalgie suppurée; résection de la hanche ; mort, 17 jours après, de tuberculose miliaire aiguë.

Homme, 68 ans, arthrite suppurée du genou ; résection fémoro-tibiale; mort, 14 jours après, de tuberculose miliaire aiguë.

Voici une triste litanie, et peut-être faudrait-il encore charger le bilan de la tuberculose. En effet, d'autres opérés sont portés comme morts d'épuisement (Erschöpfung). C'est un terme qu'on emploie volontiers, à l'étranger, quand on ignore ou qu'on ne veut pas dire la véritable cause de la mort. Voici l'un de ces cas :

Homme, 25 ans. Suppuration putride de l'articulation du genou. Résection le 21 mars. Suppuration putride de la plaie. Alors, 21 juin suivant, amputation de la cuisse. Mort d'épuisement au troisième jour. A l'autopsie, tuberculose pulmonaire très étendue.

Vous trouverez des chiffres tout à fait concordants dans une thèse de Würzburg de 1879, intitulée *Tuberculose nach operativer Behandlung fungrœser Gelenkentzu dungen.*

L'auteur, M. E. Neumeister, cherche à démontrer que les opérations pratiquées pour les lésions fongueuses des articulations, sont fréquemment suivies de mort par la tuberculose. Je vois à la

page 19 un tableau peu rassurant et d'autant plus admissible qu'il a été composé avec des faits assez complets.

122 opérations, amputations, résections et raclage ont donné 46 morts, dont 31 sont à la charge de la tuberculose; sur ces 31 revers, on comple dix cas de tuberculose aiguë.

J'ai déjà cité la thèse de M. Ch. Leroux, travail très consciencieux et très bien fait dans lequel il est dit que, dans la moitié des cas d'amputation ou de résection pratiquées chez des tuberculeux, la maladie générale est aggravée.

Vous avez entendu M. Berger, qui n'est point dans l'âge des prudences extrêmes ni de la réaction opératoire, et qui n'a guère eu à se louer d'avoir amputé des phtisiques.

M. Perier vous a cité un cas de sa pratique. M. Marchand en connaît un semblable, M. Maunoury vous a adresé ces jours derniers une observation très concluante.

De sorte que, si je voulais dresser la liste des propathies communément aggravées par le traumatisme, je pourrais mettre quasi au premier rang la tuberculose pulmonaire, tant elle répercute aisément les chocs opératoires.

L'accouchement peut passer pour une forme grave du traumatisme. Or, que M. Trélat veuille bien interroger nos collègues les accoucheurs (il l'a été lui-même pendant un certain temps), et il verra ce qu'il faut penser de l'action de l'accouchement sur la marche de la phtisie!

Que notre collègue consulte également les médecins qui ont eu l'occasion de faire ou de faire faire l'empyème dans les cas de pleurésie tuberculeuse, il apprendra d'eux que l'opération abrège la vie d'une façon presque constante.

J'arrive maintenant à cette méningite tuberculeuse qui, pour quelques instants au moins, a si fort ému M. Trélat. Et tout d'abord, j'écarterai une cause de logomachie. Mon honorable ami ne saurait admettre que le traumatisme puisse produire une méningite tuberculeuse. Je suis tout à fait de cet avis. Maintes fois, en effet, en traitant du pouvoir pathogénique du traumatisme, j'ai dit et écrit qu'il ne pouvait jamais produire, créer ni engendrer de toute pièce aucune lésion, affection ou maladie spécifique, donc, ni méningite, ni arthrite, ni adénite, ni orchite, ni, en un mot, quelque manifestation tuberculeuse que ce soit. Mais, entre *produire* et *provoquer la production*, la différence est grande. Or, j'affirme que chez les sujets prédisposés naturellement, c'est-à-dire chez les scrofuleux, tuberculeux virtuels pour le moins, le traumatisme peut provoquer l'explosion imprévue et prématurée de la méningite en question. Je sais bien qu'il faut se défier du *post hoc ergo propter hoc;* mais il ne faut pas davantage se refuser à l'évidence.

Je laisserai de côté, si l'on veut, comme trop contestée ou trop imparfaitement démontrée, la variété de méningite tuberculeuse qu'occasionnerait un trauma portant directement sur le crâne. Certains modernes la nient absolument ; d'autres l'acceptent sans preuve. A *priori*, je l'admettrais sans répugnance, au même titre que l'arthrite, la périostite, l'orchite, la péritonite, la phtisie tuberculeuse, manifestement consécutives à des contusions. Le fait suivant rentrerait dans cette catégorie. Je le reproduis ici, plutôt comme document que comme preuve.

Un enfant de quatre ans est admis dans le service de M. Bergeron pour une méningite tuberculeuse. Deux mois auparavant, il avait eu une rougeole et en était parfaitement guéri ; un mois après, il reçut un coup sur la tête, et c'est à cette blessure, n'ayant laissé d'ailleurs aucune trace, que les parents font remonter le début des accidents méningitiques. Le premier jour et le deuxième, céphalalgie et vomissements : le troisième, raideur des muscles et de la nuque. Puis les symptômes s'accusent de plus en plus : regard fixe, strabisme, paupières demi-closes, indifférence à tout ce qui se passe extérieurement ; anesthésie, puis hyperesthésie ; catalepsie, main en griffe, etc. Les parents reprirent l'enfant, qui fut perdu de vue [1].

De même je mettrai à part les cas de tubercules plus ou moins volumineux, situés au centre du parenchyme cérébral, et dont un trauma opératoire vient exciter l'évolution. J'ai cité un cas de ce genre, inséré dans la thèse de M. Pozzo di Borgo. En voici un second tout à fait comparable, et que j'extrais d'une thèse de Montpellier.

Un soldat de 23 ans entre dans le service du professeur Dubrueil, le 10 juillet 1876, pour un gonflement du testicule gauche ayant débuté 5 mois auparavant sans blennorrhagie ni contusion antérieures. Il existe vers la tête de l'épididyme une collection fluctuante et indolente. Testicule sain ; ni adhérences, ni épanchement dans la tunique vaginale ; toucher rectal négatif, urines claires, nul désordre dans la miction.

État général médiocre ; pâleur du visage ; amaigrissement considérable depuis dix mois ; douleurs erratiques dans la poitrine et dans les lombes, anorexie, dyspepsie, diarrhée fréquente ; essoufflement facile, palpitations fatigantes ; toux de temps à autre ; jamais d'hémoptysie ; dépression très marquée des régions sous-claviculaires ; aplatissement du thorax, mouvements respiratoires libres ; sous la clavicule gauche, submatité ; expiration rude et prolongée ; rien à droite ; point de lésion abdominale ; apyrexie complète ; sommeil calme.

On fait une simple ponction avec la lancette, elle donne issue à une

[1] Dreyfous, Thèse inaug., 1879, p. 84.

matière blanchâtre et caséeuse; mèche dans l'incision; pansement simple; suspensoir; iodure de fer et quinquina.

14 juillet. — Bourse gauche rouge, chaude, tendue, douloureuse; pus séreux, jaunâtre; température, 39°6; pouls, 96; soif vive; céphalalgie; cataplasmes; purgatif.

17 juillet. — L'inflammation a diminué; le 25, elle a disparu, laissant après elle un peu d'induration et une fistule. La fièvre est tombée.

Le 2 août, exacerbation des symptômes thoraciques; craquements humides sous la clavicule droite; râles caverneux à gauche; toux fréquente, crachats rares.

Le 3 août, apparition des premiers phénomènes nerveux, sous forme de paralysie du membre inférieur gauche, survenue pendant la nuit après quelques fourmillements.

Le 6 août, le membre inférieur droit est paralysé à son tour. Facies jaune pâle, hébété; pas de fièvre.

Le 11 août, le malade est transporté dans un service de médecine; la paralysie persiste sans phénomènes douloureux; mais bientôt éclatent les symptômes d'une méningo-encéphalite qui emporte rapidement le malade.

Autopsie. — La fistule conduit dans une cavité épididymaire remplie de détritus caséeux; lésions en somme peu avancées du côté de l'appareil génital; foie gras et volumineux; rate petite, résistante.

Au sommet du poumon gauche, série de petites cavernes entourées d'une induration lardacée; au sommet du poumon droit, tubercules à tous les degrés, petits ou volumineux, caséeux ou crétacés; adhérences nombreuses et anciennes des plèvres aux deux sommets.

A l'ouverture du crâne, grande quantité de sérosité jaunâtre; sous la zone corticale des hémisphères cérébraux, gros tubercules bien circonscrits, complètement caséeux. On en trouve quatre dans la couche optique droite, trois dans l'hémisphère cérébelleux droit, enfin, un très gros dans la protubérance annulaire. Toute la pie-mère, dans la région lombo-dorsale, est fortement injectée et parsemée de granulations grises [1].

Dans ce cas, comme dans le premier, les tubercules préexistaient sans contestation possible au traumatisme, qui les a tout aussi incontestablement aggravés jusqu'à la mort. Mais je note chez le malade de M. Dubrueil une méningite rachidienne probablement de date récente, ce qui établirait le passage aux cas plus nombreux où l'on a rencontré la tuberculose miliaire aux méninges craniennes.

Dans mon second discours, j'avais cité un nombre assez imposant déjà de ces vraies méningites. Aux dix cas en question, j'en puis joindre plusieurs autres. L'un d'eux est tiré de ma pratique.

En 1875, je soignais avec M. le Dr Petit une petite coxalgique qui m'avait été recommandée par le massier de notre école de médecine.

[1] Laffite, *Du sarcocèle tuberculeux* (Th. de Montpellier, 1877, p. 29).

L'enfant était scrofuleuse et d'une médiocre santé. A l'aide du chloroforme on redressa le membre, et on le mit dans un appareil silicaté. La mère, peu intelligente, laissa salir et ramollir l'appareil, qui se desserra, gêna l'enfant, et qu'il fallut couper. L'immobilité n'étant plus assurée, la déviation se reproduisit ; au bout de trois mois, on dut de nouveau redresser le membre avec le chloroforme et l'immobiliser. Malheureusement, les choses ne se passèrent point cette fois comme la première. Au bout d'une semaine environ, apparurent des troubles qu'on attribua d'abord à un embarras gastrique, mais qui bientôt traduisirent d'une façon non équivoque une méningite tuberculeuse. L'enfant succomba vingt jours à peine après le second redressement.

L'autopsie fut refusée, mais elle n'était pas nécessaire au diagnostic.

Çà et là, j'ai glané dans mes lectures d'autres faits qui, par malheur, sont relatés pour la plupart avec une concision regrettable.

B..., 24 ans, entre à l'hôpital en juillet 1873. Arthrite du genou gauche datant d'un an, à marche lente, avec des périodes d'acuité ; aujourd'hui, articulation tuméfiée, fluctuante, peu douloureuse, malade affaibli.

Cautérisation au fer rouge, immobilisation, sous un bandage silicaté ; (l'auteur n'indique pas la date).

1er septembre. — B... commence à délirer.

2 septembre. — État demi comateux, œil hagard, lèvres fuligineuses, température élevée.

septembre. — Diarrhée persistante ; le 10, mort dans le même état.

Autopsie. — Grande quantité de pus caséeux dans l'articulation ; synoviale blanche, très pâle, sans fongosités ; dépôts d'apparence fibrineuse ; taches caséeuses, arrondies ou allongées.

Cartilages sains ; os gras, sans inflammation ni tubercules.

Tubercules des méninges ; encéphalite aiguë dans la troisième circonvolution gauche. Tubercules miliaires des poumons [1].

M..., 17 ans, entré à l'hôpital le 24 août 1873.

Père mort de pneumonie; frères et sœurs bien portants ; il y a cinq mois, douleurs lombaires ; il y a trois mois, toux et hémoptysies ; actuellement, gibbosité dorso-lombaire très accentuée; paraplégie presque complète.

On met le malade dans une gouttière de Bonnet.

1er octobre. — Invasion du délire ; jusqu'au 12, jour de la mort, le malade reste dans le demi-coma ; pupilles dilatées, lèvres fuligineuses, diarrhée, vomissements, ventre rétracté, pouls à 100 ; température 38° et 39°,5.

Autopsie. — Méningite tuberculeuse de la base. Lobe central gauche complètement diffluent, avec noyaux hémorragiques. Tubercules nombreux au sommet des poumons ; ostéite tuberculeuse des 11e et 12e vertèbres dorsales, avec pachyméningite et myélite (Roux, *Ibid.*, p. 23).

[1] Roux, *De l'arthrite tuberculeuse.* (Thèse inaug., Paris, 1875, n° 166, p. 17.)

Krackowizer rapporte le suivant :

Fille, 3 ans et demi; carie coxo-fémorale depuis 1 an; cachexie et grande prostration, section du fémur au-dessous du grand trochanter et rugination de la cavité cotyloïde. La plaie allait bien lorsque au trente-neuvième jour la mort survint par méningite tuberculeuse [1].

Le même auteur parle d'une fille de 1 an et demi atteinte de tumeur blanche du genou depuis 3 mois. On résèque le genou. Mort une semaine après, de diarrhée et de convulsions [2].

Sayre à son tour cite le cas d'un garçon de 23 ans, atteint d'une tumeur blanche du genou datant de plusieurs années. Résection du genou. Mort au bout de six semaines de méningite tuberculeuse [3].

Jacob W., 7 ans. Arthrite du genou datant d'une année, tuméfaction considérable avec fistules. Résection totale du genou le 1er mai 1860. Mort de méningite le 7 juillet [4].

M. Esmarch, a perdu un malade de la même façon seize jours après une résection du poignet. C'était une jeune fille, qui mourut de méningite tuberculeuse [5].

J'ai cité plus haut la thèse de M. Neumeister, elle ne renferme pas moins de huit observations d'inégale valeur, à la vérité, de méningite tuberculeuse succédant à des opérations diverses pratiquées sur des articulations fongueuses.

Ces faits sont empruntés à Wolkmann, von Wahl, Kœnig, Riedinger, Neumeister lui-même.

Voici une analyse de ces faits :

Garçon de 5 ans. Inflammation du talon, formation et ouverture d'un abcès. Deux fistules.

13 octobre. Raclage du calcanéum. Lavage au chlorure de zinc. Guérison rapide, le vide est comblé en quatre semaines à l'exception d'une petite fistule fournissant du pus louable.

30 novembre. Sortie du malade avec un appareil plâtré, fenêtré, bon pronostic.

27 décembre nouvelle entrée, fistule un peu humide à l'ablation du bandage, articulation gonflée pouvant être étendue et fléchie sans douleurs. Symptômes cérébraux, convulsions, vomissements, diarrhée, puis commencement de tuberculose pulmonaire, amaigrissement; fistules agrandies et putrides; abcès péri-articulaires du coude. Mort le 5 juin 1874.

Autopsie. Tuberculose du poumon, ulcération tuberculeuse de l'in-

[1] *Trans. of the New-York path. Society*, 1862, et Lyon, *Amer. Journ. of the med. sc.* 1865. vol. 49, p. 69, n° 22 du tableau.

[2] Cité à Lyon, p. 57, n° 56 du tableau.

[3] Communiqué à Lyon, p. 54, n° 11 du tableau.

[4] Bilroth, *Chirurgische klinik*, p. 522. Zurich, 1860-1867.

[5] H. Hinsch, Ueber Handgelenk-Resectionen (Thèse inaug. Kiel, 1880, p. 29, 3e obs.).

testin. Glandes mésentériques caséeuses, dans le cervelet, nodosités symétriques, bilatérales, solides, caséeuses, du volume d'une pomme, qui atteignent la dure-mère et sont soudées avec elle. *Volkmann*.

Enfant de 14 ans. Coxalgie à droite traitée sans succès depuis un an et demi, fièvre continuelle le soir, amaigrissement. Résection le 23 janvier 1874, cotyle perforé, abcès dans le bassin, drainage; pendant quelques jours fièvre modérée, secrétion minime, la plaie devient bientôt fistuleuse, mais ne présente aucune tendance à la guérison. En mars, sécrétion plus abondante; état général et nutrition excellent.

Cependant le 1er mai, on fait une cautérisation et un râclage, sans résultat, car la fistule persiste. A partir de ce moment l'enfant s'affaiblit; on soupçonne une tuberculose générale commençante; de temps en temps, mouvement fébrile le soir.

Le 10 août, symptômes cérébraux qui augmentent jusqu'au 15, mais ne s'accompagnent pas de fièvre.

Le 16, ascension brusque de la température à 40°,6.

La mort survint sept mois après l'opération. A l'autopsie, méningite tuberculeuse récente et seulement quelques granulations tuberculeuses dans les poumons, le foie et la rate. L'abcès du bassin est guéri; l'articulation encore fistuleuse; le cotyle tapissé de granulations. *Volkmann*.

Garçon de 2 ans, bien nourri, malade depuis un an et demi, abcès derrière le grand trochanter gauche, résection de la tête du fémur, on constate l'existence d'une synovite purulente fongueuse; au commencement, la guérison marcha d'une manière tout à fait favorable.

66 jours après l'opération, mort de méningite tuberculeuse. *V. Wahl.*

Garçon de 7 ans et demi, très affaibli, coxalgie à gauche depuis un an et demi; il y a six mois, abcès ossifluents autour de la hanche, qui s'ouvrent et donnent issue à une grande quantité de pus. Résection, destruction de la tête et du cotyle, osteite suppurée du grand trochanter et de l'extrémité supérieure du fémur dont il fallut réséquer cinq centimètres.

Amélioration considérable après l'opération et marche favorable vers la guérison. 53 jours après, mort avec les symptômes de la méningite tuberculeuse, l'autopsie confirme le diagnostic. *Von Wahl.*

Petite fille de 5 ans. Coxalgie gauche depuis six mois; contracture à angle aigu, abcès iliaque de la grosseur d'une tête d'enfant; fusée purulente vers le grand trochanter; résection de la hanche, le 11 mars 1873, tubercules miliaires dans la tête du fémur et le tissu medullaire du col; une étroite perforation du cotyle est agrandie, ce qui permet de vider un abcès du bassin, et de laver sa cavité; bandage compressif sur la fosse iliaque. Drainage.

Aucune réaction locale, fièvre pendant six jours, sécrétion séreuse peu abondante, réunion presque complète de la plaie. Le 28 avril, symptômes d'une méningite de la base. Mort le 3 mai. *Volkmann.*

Malade, 16 ans, de famille tuberculeuse, bien portant jusqu'en octobre 1873, où il se blessa le genou gauche avec une faucille; séjour au lit jusqu'en avril 1874, le genou resta raide : en avril 1877, piqûre à l'avant-bras droit après refroidissement; gonflement et douleurs autour du coude.

20 juillet, ouverture de l'abcès; issue du pus, persistance des douleurs.

26 août, pleurésie exsudative.

15 novembre, amputation du bras à la partie moyenne.

17 novembre, au premier pansement le malade, très sensible, se plaint toujours de douleurs. Température normale.

21 novembre, troisième pansement, état général très bon.

10 décembre ponction et pansement, plaie complètement cicatrisée.

12 décembre, le patient reprend le lit pour de violentes douleurs de tête du côté gauche.

26, vomissements de tout genre de nourriture.

28, point encore de fièvre.

1er janvier, température 38°,5.

8 janvier, on diagnostique une méningite tuberculeuse de la base.

10 janvier, mort.

A l'autopsie, méningite aiguë de la base avec hydrocéphale aiguë. Les poumons sont partout perméables à l'air, et infiltrés de tubercules miliaires. (Riedenger, *Chirurg. Klinik.* p. 98; 1879.)

Garçon de 9 ans, arthrite fongueuse du genou, sans fistule, depuis trois ans; consécutive à une chute, fièvre, amaigrissement, abcès circonscrits autour de l'articulation. Résection le 18 novembre 1869. Granulations et tubercule dans la jointure, sequestre de la surface articulaire du tibia; on fait l'ablation aussi largement que possible. Traitement ouvert; bandage plâtré. Fièvre intense, même après la diminution de la suppuration.

6 décembre, la plaie déjà réunie se rouvre, granulations de mauvais aspect avec pus caséeux. Insomnie, cris continuels; toux; au milieu du mois, on diagnostique une méningite tuberculeuse. Mort le 29 décembre.

Autopsie : tubercules dans le cerveau, et à sa base, on en trouve également dans les poumons, la rate, le foie, les reins, il n'existe nulle part de foyer caséeux; aussi la lésion essentiellement tuberculeuse du genou est considérée comme la source de la tuberculisation générale. (*Kœnig.*)

Homme de 32 ans. Jusque là bienportant. Après un coup sur le genou il y a un an et demi, douleur et gonflement de l'articulation. 6 mai, entrée à l'hôpital, genou gonflé, un peu fléchi, condyles du fémur et du tibia épaissis, point de fluctuation, consistance mollasse, peau tendue sans rougeur et sans lésion.

16 mai, les douleurs et le gonflement augmentent. — Température du soir 38°,5, appareil à extension et application de glace. Le 5 juin ni fièvre ni douleur. Le 24, ces symptômes reparaissent, on enlève l'appareil ;

formation et ouverture d'un abcès qui communique avec l'intérieur de l'articulation ; fièvre intense.

Amputation de la cuisse le 29 juin; la plaie a bon aspect. Température 39°.6. Le 30, la fièvre continue. Le 2 juillet le thermomètre descend à 37 et 36°.5.

Symptômes cérébraux. La plaie a bonne apparence. Le 4, les phénomènes cérébraux et le délire augmentent ; on diagnostique une méningite tuberculeuse. Mort le lendemain.

Autopsie. Légère méningite tuberculeuse de la base, tuberculose miliaire du poumon et du péritoine, ulcères tuberculeux de l'intestin.

Neumeister.

M. Trélat nous dit que pour se rassurer il a causé avec quelques médecins, ses collègues dans les hôpitaux. Ce même exercice a produit sur moi un effet tout contraire. J'ai demandé des renseignements à un petit nombre de pathologistes internes de mes amis. M. le Dr Dumontpallier m'a fourni les renseignements suivants :

S. 18 ans, souffre depuis deux ou trois mois de douleurs dans la région lombaire et dans la jambe droite, avec claudication. On reconnaît un mal de Pott dorso-lombaire. Immobilisation avec un appareil. Au bout de quelques mois, très grande amélioration. S. peut marcher sans appareil, mais les longues courses le fatiguent. Rechute. Abcès ossifluent à la région externe de la cuisse droite. Ponction capillaire avec aspiration. L'abcès se reproduit et devient considérable. On passe un séton filiforme. Deux mois après, l'opéré succombe à des accidents cérébraux; obnubilation et perte de la vue, mâchonnements, mouvements convulsifs de la face, coma et mort.

Le frère de ce jeune homme succombe quelques mois après à une phthisie à marche rapide.

H. 48 ans, ayant perdu quelques mois auparavant une fille, de tumeur blanche du genou, est actuellement atteint d'une pleurésie avec épanchement, peut-être de nature tuberculeuse. Nélaton et Trousseau, réunis en consultation, conseillent une ponction. Le malade refuse et change de médecin.

Quelques temps après, il est pris d'une double épididymite tuberculeuse,

Un an plus tard, vers le milieu de la région dorsale, apparaît une tumeur douloureuse, puis vers le bord droit du sternum, à l'union des cartillages des 5e 6e et 7e côtes, apparition de plusieurs petites tumeurs fluctuantes qui se réunissent et s'ouvrent à l'extérieur, écoulement de pus en abondance. L'auscultation démontre l'existence de tubercules au sommet (souffle rude) et d'un léger épanchement à la base droite.

Les orifices fistuleux sont recouverts d'une croute qui tombe à certain moment.

Diagnostic : épanchement purulent chronique, fistule pleuro-cutanée,

tumeur dorsale constituée par un abcès froid qu'explique une déformation du rachis avec saillie de la 11e ou 12e vertèbre dorsale.

Ponction de l'abcès froid dorsal.

Quelques mois après, abcès froid du triangle de Scarpa à droite et à gauche, autre fusée du côté des fesses.

Pendant deux ans, le malade reste en cet état, les abcès étant devenus très volumineux et s'étendant, on les ponctionne en même temps à droite et à gauche.

Mort cinq ou six jours après, avec des accidents cérébraux.

M. Cadet de Gassicourt ne m'a pas donné moins de trois observations qui, toutes sommaires qu'elles soient, sont tout à fait démonstratives.

Dans la première, il s'agissait d'un enfant de 9 ans, atteint d'une tumeur blanche du genou droit. Il était depuis deux mois dans mon service lorsque l'amputation fut décidée à cause des progrès incessants de la maladie. A ce moment, l'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin et à plusieurs reprises, permettait de croire à l'intégrité parfaite des organes respiratoires. Rien non plus n'autorisait à soupçonner l'existence d'une tuberculose méningée.

Opération le 8 mars 1874, par notre collègue Marc Sée. Huit jours après, premiers symptômes d'une méningite tuberculeuse; mort le 16e jour. L'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic.

Chez le second malade, âgé de 6 ans, je fis, pour une tumeur blanche tibio-tarsienne avec altération profonde des os, des cautérisations avec un fer rouge du volume d'une aiguille à tricoter qui pénétra jusque dans le tissu osseux dans dix endroits différents.

Douze jours après, cet enfant, qui jusque là n'avait présenté aucun signe de tuberculose pulmonaire ou méningée, était pris d'une méningite tuberculeuse qui l'emportait treize jours plus tard. L'autopsie a également confirmé le diagnostic.

Enfin, chez le troisième malade, j'ouvris largement un abcès du fémur gauche que je grattai suivant la méthode de Lannelongue. Cette fois, la méningite tuberculeuse n'apparut qu'au bout de trois semaines, mais elle fut précédée de huit jours par une broncho-pneumonie tuberculeuse. L'enfant succomba en sept jours à une tuberculose miliaire généralisée.

Si je ne me trompe, M. Reclus a rencontré, sans en être frappé tout d'abord, un cas qui vient se mettre complaisamment en série, et M. Marchand, notre collègue, est je crois dans la même condition.

Vous voyez donc grossir la boule de neige. Si on m'oppose le silence des livres classiques, je me contenterai de blâmer leurs

auteurs qui ont laissé passer inaperçu un fait dont j'ai recueilli plus de trente exemples en quelques jours.

Notez que je trouve ce nombre très insuffisant et que je fais un appel pressant à tous ceux qui pourraient enrichir mon contingent, et cela pour des motifs que j'exposerai dans un instant.

Si M. Trélat persiste dans son opposition, je prévois ce qu'il va me répondre.

Sans doute il acceptera la succession des phénomènes, c'est-à-dire l'apparition des accidents cérébraux après les opérations chirurgicales, mais il n'y verra qu'un effet du hasard, une coincidence, une terminaison fortuite, bien facile à comprendre puisque la tuberculose cérébrale est une des localisations favorites de la maladie.

Il s'appuiera certainement sur l'opinion si autorisée de notre cher doyen, M. Marjolin, lequel déclare avoir vu mourir de méningite tuberculeuse beaucoup de coxalgiques, mais n'avoir point remarqué que cette terminaison fut plus commune à la suite des redressements articulaires violents qu'après le simple placement dans la gouttière de Bonnet.

Il arguera que lorsqu'un sujet comme le second malade de M. Dumontpallier, est en quelque sorte imprégné de tubercules *a capite ad calcem*, et par conséquent menacé sans cesse de méningite aussi bien que de granulie, rien n'empêche la méningite en question d'éclater juste quelques jours après une opération comme elle aurait pu surgir quelques jours avant.

Et comme conclusion il rejettera la dépendance étiologique, la relation de cause à effet.

Voici ce que je répondrai.

J'admets d'abord la possibilité d'une simple coïncidence. Je reconnais encore l'indépendance lorsqu'un temps assez long, trois mois par exemple, se sont écoulés entre le trauma et le début de l'encéphalopathie. Mais la corrélation s'impose en quelque sorte quand l'intervalle compris entre l'acte chirurgical et la complication médicale est fort court. Si M. Trélat n'a point examiné sous cet aspect les faits que j'ai rapportés, je vais le faire pour lui.

Je consens à mettre de côté les cas dans lesquels la mort est survenue de quarante à soixante jours après l'opération. Krackowizer, Sayre, Billroth, Dumontpallier — bien qu'on mette en moyenne une quinzaine de jours à mourir de méningite, ce qui rapprocherait l'invasion du mal du moment de la blessure.

J'élimine aussi les deux cas de Pozzo di Borgo et de Dubrueil, où existaient déjà au moment du trauma de gros tubercules cérébraux, et je ne réserve à ma démonstration que 14 faits où les dates soient suffisamment indiquées.

M. Lannelongue opère 3 fois; la méningite éclate 5 jours après dans 1 cas, 7 jours après dans l'autre, les jours suivants dans le troisième.

M. J. Bæckel opère 3 fois; les accidents méningitiques éclatent le 9e, le 17e, le 24e jour. M. Macewen les constate le 11e jour, M. Terrier le 12e, M. Anger le 15e, M. Howse le 19e. Les faits de M. Cadet de Gassicourt ne sont pas moins concluants, puisque l'invasion cérébrale se fait aux 8e, 12e et 21e jours. La malade de M. Esmarch meurt le 16e jour, ce qui implique également une apparition précoce de la méningite.

Est-il en vérité possible de nier ici l'action provocatrice du traumatisme et de ne voir dans ces faits qu'une coïncidence? Alors ce serait aussi par coïncidence que les gros tubercules cérébraux préexistant aux opérations dans les cas de MM. Pozzo di Borgo et Laffite se seraient enflammés et auraient causé la mort prompte. Coïncidences aussi ces poussées soudaines de tuberculose mortelle ou de granulie dont tout le monde a rencontré des exemples.

Comme tous ces faits s'enchaînent et sont de même ordre, M. Trélat est aujourd'hui dans la nécesité ou de nier résolument l'interprétation que je leur donne, ou de revenir sur la proposition qu'il a l'autre jour imprudemment formulée en disant du traumatisme qu'*il n'aggrave point la tuberculose et n'en peut faire naître aucune manifestation.*

Pour moi, la dépendance étiologique, la relation intime de cause à effet n'est point douteuse. A la vérité, je reconnais que l'explication n'est pas facile, et que peut-être même l'aggravation s'opère de plusieurs manières. Je crois pour ma part à deux processus pathogéniques :

1° En cas de lésions viscérales préexistantes, mais latentes ou assoupies, la surexcitation générale provoquée dans l'économie par le traumatisme porte spécialement son action sur le point taré, sur *le lieu de moindre résistance.*

2° En cas de foyer tuberculeux unique encore, mais irrité directement par la blessure ou l'acte opératoire, je crois fermement à une auto-inoculation, à une pénétration directe de l'agent tuberculeux, soit dans les lymphatiques, soit dans les veines, ce qui expliquerait l'apparition soudaine et générale de la granulie envahissant en quelques jours plusieurs points de l'organisme.

Cette auto-inoculation, qui n'est pas plus difficile à comprendre ni à accepter que bien d'autres, que celle de la septicémie, par exemple, est bien près d'être démontrée. Je puis annoncer à la Société que deux de nos jeunes agrégés des plus distingués, MM. Bouilly et Debove, associant fort heureusement ici la chi-

rurgie à la médecine, préparent un travail destiné à mettre en lumière le processus en question.

Cette seconde hypothèse rendrait facilement compte de ces cas surprenants dans lesquels on voit se développer une tuberculose miliaire généralisée et à marche très rapide, chez des sujets qui, la lésion locale exceptée, présentaient toutes les apparences d'une bonne santé, et en tout cas n'offraient pas le moindre indice de tuberculose viscérale.

L'introduction directe des germes tuberculeux dans le système vasculaire sanguin supprimerait le temps de l'incubation et permettrait la prolifération abondante et immédiate des bacilles envahisseurs.

On est conduit à la même opinion en examinant la nature des blessures qui ont précédé l'explosion de la méningite. On trouve en nombre à peu près égal de graves opérations comme les résections, puis les raclages d'abcès fort à la mode à notre époque, puis des cautérisations au fer rouge ou de simples ponctions, et enfin de bénins redressements articulaires sans production de trauma exposé. Ces opérations sont à coup sûr bien différentes par leur siège, leur étendue, leur gravité intrinsèque et l'ébranlement qu'elles peuvent déterminer dans l'économie; mais elles ont un caractère commun bien important : *toutes portent sur des foyers morbides préexistants renfermant de la matière tuberculeuse;* toutes, par conséquent, ont pu favoriser la pénétration de cette matière dans le torrent circulatoire.

Je donne naturellement ces hypothèses, quelque logiques qu'elles soient, pour ce qu'elles valent, et suis tout prêt à en accepter d'autres. En tout cas, elles sont précises et s'offrent nettement à la discussion.

Mon ami, M. Cadet de Gassicourt, en m'envoyant les trois observations qu'on a lues plus haut, y joint les réflexions suivantes :

« Faut-il regarder les trois faits que je viens de vous signaler comme de pures coïncidences? Tel n'est pas tout à fait mon avis. Je crois que lorsqu'un organisme est imprégné, pour ainsi dire, de la diathèse tuberculeuse, ou, pour me servir du langage moderne, de bacilles tuberculeux, il suffit d'un ébranlement plus ou moins violent imprimé à un tel organisme pour mettre tel ou tel organe en état de réceptivité morbide et pour y faire éclore des lésions qui, sans cet ébranlement, y seraient restées endormies longtemps, toujours peut-être.

« Le phénomène s'observe d'habitude dans l'organe directement incité; ainsi la rougeole et la coqueluche font naître la tuberculose pulmonaire en provoquant la bronchite, la broncho-pneumonie

morbilleuse ou coqueluchiale. Mais, de même que nous voyons la tuberculose miliaire des méninges succéder à ces deux maladies, de même aussi nous pouvons la voir éclater quand l'ébranlement organique est provoqué par la main du chirurgien au lieu de l'être par une maladie infectieuse. »

Mais je ne veux pas m'appesantir davantage sur ces suppositions. Si mon appel est entendu par mes confrères, j'aurai certainement à ma disposition, d'ici à quelques mois, des observations à la fois plus nombreuses et plus complètes, qui me permettront d'être plus catégorique sur ces questions de pathogénie.

A la fin de son discours, M. Trélat me demande où j'en veux venir en citant ces exemples. Mais mon éminent collègue le sait bien, je suppose, puisque une fois encore il répond pour moi.

Je veux qu'on se défie des opérations chez les tuberculeux, parce qu'elles ont des inconvénients, parce qu'elles sont rarement curatives, parce qu'elles peuvent faire apparaître des accidents redoutables.

Sur tous ces points M. Trélat partage mes sentiments. Alors, à mon tour, je lui demanderai où il en veut venir, en contestant, ce qui est incontestable, l'aggravation souvent produite par le traumatisme dans la marche de la tuberculose.

M. Trélat répondra qu'il a voulu simplement protester contre une conséquence excessive de mes opinions qui conduirait à interdire toute opération chez les scrofuleux. Mais cette interdiction, où l'ai-je formulée? Qui indique qu'elle germe dans mon esprit? Et pourquoi me faire un tel procès de tendance?

Au temps où la pyohémie était toujours menaçante, je ne proscrivais point pour cela les opérations qui y prédisposent. L'érysipèle règne toujours, malgré la méthode antiseptique; il entraîne parfois encore la terminaison mortelle, et pourtant j'opère, quand il le faut, même sur le visage, son lieu d'élection.

La crainte du tétanos, dont nous ne connaissons malheureusement ni les causes ni la pathogénie, ne nous empêche point d'opérer sur les doigts ou les orteils, ni d'employer le froid dans nos pansements, quand il y a utilité.

Suivant M. Trélat, s'il était démontré qu'une seule opération ait pu produire une méningite tuberculeuse, aucun chirurgien n'oserait affronter une opération chez les tuberculeux.

Or, pour moi, cette démonstration est faite, ce qui ne m'empêchera pas demain, ni les jours suivants, d'opérer les tuberculeux qui en auront *réellement* besoin. Toutefois, avant de monter à l'amphithéâtre, en regard des bienfaits demandés à l'intervention, je récapitulerai les risques que le traumatisme fait encourir. Je n'ou-

blierai ni les aggravations pulmonaires, ni la tuberculose miliaire généralisée, ni surtout l'inexorable méningite tuberculeuse.

M. Trélat. Je répondrai immédiatement à M. Verneuil, parce que je ne veux pas prolonger une discussion qui me paraît arrivée à son terme, et qui se produit, d'ailleurs, à de trop rares intervalles pour exciter encore l'intérêt de la Société. Je me bornerai donc à de courtes remarques.

Permettez-moi, tout d'abord, de rappeler les principes que j'ai formulés, sur lesquels j'ai insisté, que j'ai fait imprimer en italique dans notre bulletin. J'ai dit qu'il fallait tenir en grande défiance les tuberculeux, les examiner avec le plus grand soin, dresser le bilan exact de leur état pathologique; j'ai dit que cet examen demandait de l'attention et de la sagacité de la part du chirurgien; j'ai dit, enfin, qu'il ne fallait intervenir chez les tuberculeux que si les lésions externes étaient, seules, cause de leur souffrance, tandis qu'il valait mieux s'abstenir devant la tuberculose viscérale.

Est-ce que M. Verneuil donne d'autres conseils? est-ce que sa prudence dépasse la mienne? et ne suis-je pas en droit de dire, qu'au fond, notre conduite est sensiblement la même? Nous ne différons que par des formes de langage et des apparences de doctrine. M. Verneuil dit : Défiez-vous des tuberculeux, parce que le traumatisme aggrave la propathie, et cause ainsi la mort. Moi, je dis : Défiez-vous des tuberculeux, parce qu'ils peuvent être en imminence d'accidents mortels, et que dès lors votre opération peut rester vaine, ou pour le moins inutile.

Qu'importe l'explication, si le fait est le même?

M. Verneuil a cité un grand nombre de faits; il a encore augmenté cette collection dans le travail qu'il vient de lire; je ne veux pas entrer à nouveau dans le détail de ces faits analogues à ceux qu'il a produits dans son argumentation antérieure, et auxquels j'ai déjà répondu. D'ailleurs, M. Verneuil a pris soin lui-même de montrer que certains d'entre eux, et particulièrement les faits de Dubreuil, Dumontpallier, Demarquay, n'ont pas de valeur démonstrative : les malades présentaient, en effet, des accidents extrêmement graves au moment même de l'opération.

C'est surtout en présence de cas de ce genre qu'il est bon de se reporter à l'état d'esprit du chirurgien qui est appelé à soigner les malades. Fort de sa doctrine, s'abstiendra-t-il absolument; ou bien, désireux de calmer les souffrances de son malade, se laissera-t-il aller à une opération incertaine, mais qui peut-être apportera du soulagement? A qui d'entre nous n'est-il pas arrivé de se trouver dans cette ambiguïté? Et combien de démonstrations faudra-t-il encore dans l'avenir pour arrêter le couteau du

chirurgien, lorsque celui-ci pense sinon guérir, du moins soulager son malade?

Et cela, d'autant plus qu'aucun des cas rapportés par M. Verneuil ne démontre pertinemment que le traumatisme ait aggravé l'affection antérieure. Comme je l'ai dit précédemment, la blessure chirurgicale a sa valeur; c'est une surcharge, elle peut tuer le malade, mais pas par ce mécanisme détourné qu'il est inutile d'invoquer en face de ces cas graves, où la mort était déjà imminente avant l'opération.

J. Paget l'a écrit dans son livre de clinique, et il nous le répétait il y a deux ans au Congrès de Londres : ce serait une erreur, quelques délicates que soient ces questions, que de priver systématiquement les tuberculeux du bénéfice de l'intervention chirurgicale. Il citait en particulier les individus atteints de fistules à l'anus; il citait encore ce malade mentionné dans ses leçons, qui, tuberculeux de ses deux poumons et atteint de tumeur blanche du genou, fut amputé de la cuisse, et gardait encore au bout de quatorze ans, ce qui en vaut bien la peine, sa tuberculose pulmonaire et sa vie. Paget demande s'il eut conservé l'une et l'autre, dans le cas où on lui aurait laissé supporter à la fois sa tumeur blanche et sa tuberculose.

Pour M. Verneuil, le traumatisme est une véritable entité morbifique, une puissance étrange, dont l'action devient aussi difficile à comprendre, pour le moins, que celle du choc contre lequel M. Verneuil a dressé toutes ses batteries. Petit ou grand, le traumatisme exerce des actions comparables, et la ponction d'un abcès prend place à côté de la résection de la hanche.

Voilà ce que mon esprit se refuse à admettre; contre cela je proteste et je dis : le traumatisme comporte des actes divers : l'émotion morale, la blessure avec perte de sang, la réparation. Chacun de ces actes impose une perte, un affaiblissement à l'économie, il y a lieu de tenir compte de cette perte ou de cet affaiblissement. Elle sera d'autant mieux supportée, que l'organisme est plus indemne, plus normal; d'autant plus mal supportée, que l'organisme sera antérieurement plus déprimé.

Voilà, suivant moi, la vérité que j'ai consentie, que j'ai reconnue, celle par où je me rapproche de notre collègue.

C'est pour cela qu'il y a lieu de distinguer les cas, de les peser chacun dans sa valeur propre, et qu'on ne peut pas les réunir tous dans une synthèse que je considère comme fallacieuse.

Je me résume : Les nombreux cas fournis par M. Verneuil sont d'un haut intérêt pratique; aussi, quelque dissidence qui semble exister entre nous au point de vue doctrinal, je dirais plus précisément, au point de vue de la formule, il n'y en a aucune, ni au

point de vue de la pratique, ni au point de vue de l'enseignement. L'un et l'autre, nous devons tenir le plus grand compte de l'état général du futur opéré. L'un et l'autre, nous ne prenons le couteau que si sa guérison définitive ou son soulagement temporaire nous guide.

Ceux qui nous écoutent ou qui nous lisent, jugeront de la valeur de ces faibles dissidences.

M. Desprès. J'ai quelque crainte d'être indiscret en intervenant dans cette discussion entre deux collègues ; mais M. Trélat a dit qu'il était difficile d'apprécier l'état d'un tuberculeux, et je ne puis laisser passer cette proposition. Relisez les observations produites au cours de ce débat, et vous verrez que les opérateurs ont procédé à la légère. Un bon observateur, un vieux chirurgien ne se trompe jamais dans cette appréciation.

Vous avez des guides sûrs. Soupçonnez-vous une tuberculose d'être irrémédiable, interrogez le passé du malade et des siens, et si vous trouvez des antécédents héréditaires, considérez-la comme telle.

Un tuberculeux se présente-t-il à moi avec une fistule anale, un abcès froid, une arthrite fongueuse, je prends sa température, je le soumets à une observation prolongée et attentive, je vois s'il maigrit, je recherche la façon dont se fait sa digestion. Au bout de quinze jours, je suis éclairé, et j'opère à coup sûr. Pour les fistuleux, je les opère tous, s'ils ne sont pas encore arrivés à la dernière période, cas dans lequel on est exposé à voir la plaie devenir ulcéreuse.

En d'autres termes, l'opération n'aggrave pas une tuberculose commençante, elle n'est à redouter que chez les malades arrivés à leur déclin ; avec un peu d'attention, vous serez toujours à même de reconnaître cet état, et vous opérerez si le sujet n'est pas déchu.

M. Verneuil. J'ai pris la parole parce que M. Trélat contestait que le trauma aggravait la tuberculose. Tout mon but était de lui faire dire catégoriquement oui ou non ! Aujourd'hui, mon collègue me répond que nous ne sommes séparés que par une question de doctrine : mais devons-nous traîner dans l'ornière d'une pratique sans doctrine, et n'est-ce pas à nous, qui sommes les plus familiarisés avec les questions de la pratique, qu'il appartient d'aborder et de guider la doctrine ?

Je le répète donc, la tuberculose reçoit du trauma un choc formidable, et quand je vois l'acharnement que l'on met aujourd'hui à racler les abcès froids, je ne puis m'empêcher de dire : Voilà le danger.

Quand nous avons tous vu guérir un si grand nombre de tuberculeux avec l'huile de foie de morue, le séjour sur les bords de la mer, pourquoi prendre notre racloir ? Est-ce que jamais vous avez vu un appareil plâtré ou silicaté déterminer 23 0/0 de tuberculose miliaire chez nos malades ?

Je me creusais la tête et je ne comprenais pas qu'un méchant abcès que l'on vient d'inciser pût faire mourir un homme d'ailleurs bien portant. C'est alors que j'ai songé au mécanisme de l'auto-inoculation, et que j'ai eu le plaisir de voir deux jeunes agrégés, MM. Bouilly et Debove, associer leurs efforts pour en donner la prochaine démonstration. Cette question n'est pas, du reste, aussi étrangère à la pratique que le dit M. Trélat, puisqu'elle arrive à faire proscrire, au profit des exérèses radicales, les opérations moins importantes, les résections, par exemple, dont mes statistiques ont démontré le danger bien autrement considérable.

M. Trélat. La Société voit qu'entre nous il y a une grande somme d'accord et une très faible somme de désaccord. En fait de doctrine, je suis partisan des doctrines précises, et je dis à M. Verneuil : si, de tous les faits que vous avez rassemblés, vous pouvez tirer cette doctrine que tout individu atteint de tuberculose ou en puissance de tuberculose qui subit une opération voit évoluer des accidents tuberculeux qui le tuent, vous aurez énoncé un fait doctrinal de première importance. Si, au contraire, vous parlez de propathie aggravée par le traumatisme, vous émettez une idée vague et non démontrable.

Je crois, comme vous, aux bons effets de la thérapeutique médicale et du traitement général, et tout récemment je vous les vantais en vous montrant un infirmier guéri depuis longues années d'une tumeur blanche grave par les moyens les plus simples, mais cela ne me fait pas proscrire le grattage des foyers tuberculeux dont vous blâmez trop l'emploi.

Nous ne devons pas nous laisser influencer outre mesure par vos listes mortuaires et renoncer à une intervention chirurgicale souvent bienfaisante.

M. Verneuil. Je suis bien loin de renoncer à l'intervention chirurgicale. Mais vous voulez que la médecine opératoire tente le plus de guérisons possible ; moi je demande qu'elle fasse le moins de victimes possible. Voilà la nuance qui nous sépare.

Lecture.

M. Bouilly lit une observation de *rupture de l'intestin, traitée par la suture intestinale après laparotomie.* Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Reclus et Berger.

Présentation d'instruments.

M. Championnière présente un aspirateur construit par M. Creuzan, de Bordeaux. C'est un corps de pompe auquel est adaptée une poire élastique à soupapes qui permet de faire une aspiration continue, quelle que soit la quantité de liquide à évacuer.

La séance est levée à 5 heures 35 minutes.]

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 25 juillet 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° *Des inoculations préventives dans les maladies virulentes*, par le docteur Masse, professeur à la Faculté de Bordeaux.

2° *Des pansements antiseptiques et des pansements rares*, par le docteur Neuber, de Kiel.

4° *De l'engagement des sangsues dans les voies respiratoires* (signes et diagnostic), par M. Vieusse, médecin major à Oran (Commission : MM. Polaillon, Delens, Nepveu).

5° *Observation de résection du nerf médian*, par le docteur Chrétien, de Nancy. (Rapporteur : M. Richelot.)

Rapport.

De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme,

Par M. le Dr Bazy.

M. le Dr Bazy vous a communiqué dans une de vos dernières séances un très intéressant et important mémoire sur *l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme*, dont je viens, au nom d'une commission composée de MM. Polaillon, Terrier et Monod, vous rendre compte aujourd'hui.

I

Je résumerai tout d'abord le fait qui a été le point de départ des recherches et des remarques de M. Bazy.

Un homme de 47 ans se présente à lui au mois d'août de l'année dernière (1882), offrant depuis trois mois des signes fonctionnels qui pouvaient faire songer à un néoplasme de la vessie ; envies fréquentes d'uriner, douleur à la fin de la miction, hématuries fréquentes et abondantes survenant sans cause appréciable. Les signes physiques manquaient encore ; le toucher rectal uni au palper hypogastrique ne permettaient de constater aucune tuméfaction vésicale. Celle-ci ne devient nettement appréciable qu'un mois plus tard. Le diagnostic, incertain jusque-là, était alors évident.

Quelques semaines se passent encore, et la tumeur prend des dimensions telles que l'on peut, soit par le cathétérisme, soit par le palper, se rendre compte de son siège, de ses limites et de ses connexions.

A ce moment (novembre 1882), la vessie, explorée à travers les parois abdominales, paraissait avoir le volume d'une orange. Le palper et surtout le cathétérisme permettaient de reconnaître que la tumeur occupe le côté gauche de l'organe. Elle paraît sessile, unie à la paroi vésicale par une base assez large. Sa consistance est assez ferme et élastique, rien cependant, qui rappelle la dureté du fibrome.

La prostate est normale. Il n'y a pas de tuméfaction des ganglions lombaires. Le rectum est sain et mobile sur la tumeur.

Celle-ci n'est pas enclavée ; on peut lui faire subir des mouvements d'avant en arrière et d'un côté à l'autre.

Aucun phénomène rénal. Vers la fin de novembre, cependant, les urines, claires jusque-là, commencent à déposer un peu de muco-

pus. On peut admettre que cette altération est due à l'irritation de la vessie, due à la seule présence du néoplasme.

Ce sont, alors encore, les signes fonctionnels qui dominent. Les envies d'uriner sont d'une extrême fréquence; elles reviennent parfois toutes les dix minutes, le plus souvent toutes les demi-heures et cela nuit et jour. Le malade, pour arriver à vider sa vessie, ou du moins pour calmer momentanément le besoin d'uriner, est obligé de s'accroupir. A ces phénomènes s'ajoute bientôt de l'incontinence nocturne; les douleurs, de plus en plus vives, deviennent excessives; enfin les hématuries, un moment calmées, reparaissent fréquentes et abondantes.

La situation devenait à tel point intolérable que, pressé par le malade et par son entourage, le docteur Bazy se décidait (décembre 1882) à tenter une thérapeutique active, dont il avait, dès le début, indiqué la possibilité.

Son plan opératoire était le suivant : ouvrir la vessie à la région hypogastrique, explorer sa cavité et constater par l'examen direct les connexions, le volume et surtout le mode d'implantation de la tumeur ; pratiquer alors l'ablation de celle-ci, si la tentative paraît possible ; se contenter, dans le cas contraire, de créer une fistule vésicale, qui, du moins, mettrait peut-être un terme aux souffrances endurées par le malade.

On sait, en effet, que la création d'une fistule vésico-hypogastrique a été conseillée par Thompson dans certains cas de cystalgie rebelle[1].

M. Bazy voulut bien, avant d'entreprendre cette opération, prendre l'avis du professeur Guyon et le mien. Nous pensâmes que la tentative toute hardie qu'elle parut, était parfaitement justifiée ; que si les chances de réussite n'étaient pas nombreuses, cependant, en présence du désir formellement exprimé par le malade et de ses cruelles souffrances, la famille était d'ailleurs prévenue de la gravité de l'intervention proposée, il était permis de risquer l'aventure.

Vous le voyez, Messieurs, c'était sans grand enthousiasme que nous nous rangions à l'avis de M. Bazy. Il n'en persista pas moins dans son dessein. Je m'empresse d'ajouter que l'événement lui a donné pleinement raison.

L'opération avait été bien conçue; elle put être exécutée à peu près exactement suivant le plan arrêté d'avance ; le bénéfice que l'on en attendait fut obtenu.

Je passe rapidement sur les détails de l'acte opératoire. A l'incision ordinairement employée dans la taille hypogastrique, on dut

[1] Thompson, *Lancet*, 1875, t. I, p. 3.

ajouter, pour se donner du jour, une section transversale de l'extrémité inférieure des muscles droits, d'un côté ; incision en L à grande branche verticale, à courte branche horizontale. On parvint rapidement sur la vessie, préalablement soulevée à l'aide du ballon de Petersen introduit dans le rectum. Elle est ouverte sur une étendue de quatre à cinq centimètres, et le doigt, introduit aussitôt, reconnaît la tumeur qui y est contenue.

Celle-ci occupe, comme on l'avait supposé, le bas-fond et le côté gauche de la cavité vésicale ; mais, comme on l'avait pensé aussi, elle s'insère sur la paroi par une large base.

M. Bazy ne renonce pas pour cela à en tenter l'ablation. A l'aide du porte-ligature serre-nœud de M. Péan, il parvient à placer un fil qui étreint la base de la tumeur, et lui permet de la couper au ras de la vessie. Le tissu était très mou, la section s'opéra sans difficulté aucune.

Ceci fait, M. Bazy renonça, fort sagement à mon avis, au second temps de l'opération auquel il s'était préparé, je veux parler de la résection de toute la portion de la paroi vésicale, à laquelle adhérait la tumeur.

La perte de substance aurait été énorme et il eût été presque impossible, croyons-nous, de la combler par la suture. Il se contenta de racler avec l'ongle la surface d'implantation et d'enlever ainsi toutes les parties qui paraissaient malades.

L'écoulement de sang, à la suite de la section de la tumeur et pendant les manœuvres du raclage fut assez abondant. Il s'arrêta vite à l'aide d'un tamponnement momentané et d'injections froides.

Le pansement fut fait comme dans une taille hypogastrique ordinaire. La partie supérieure de la plaie fut seule réunie ; par sa partie inférieure laissée ouverte sortaient deux gros tubes plongeant par leur extrémité dans la cavité vésicale. Les suites de l'opération furent d'un simplicité remarquable. Toute la partie de la plaie réunie par la suture se ferma par première intention. Seule la partie inférieure fut maintenue ouverte, d'abord à l'aide des drains introduits le jour de l'opération, puis par le moyen d'une longue canule en argent, analogue aux canules à trachéotomie. Nous avons vu, en effet, que l'intention de M. Bazy était de laisser la vessie en communication avec l'extérieur par l'intermédiaire du trajet fistuleux.

Au bout de deux mois, le malade se plaignant que l'urine filtrait entre les parois de la fistule et la canule, celle-ci fut supprimée. On la remplaça par une pelote percée d'un trou que traversait un tube plongeant d'un côté dans la vessie, aboutissant de l'autre à un réservoir placé le long de la cuisse.

Ce nouvel appareil ne fut guère mieux supporté que le précédent.

Le malade d'ailleurs urinait de nouveau par la verge. M. Bazy dut céder à son désir et laisser la fistule vésicale se fermer.

Du reste il devenait évident que la maladie entrait dans une nouvelle phase. La perte d'appétit, des accès fébriles survenant à des intervalles rapprochés, la sécheresse de la langue, l'altération des traits, des céphalalgies fréquentes montraient que les reins étaient atteints. Le malade ne devait pas survivre longtemps à une pareille complication. On était alors à la fin d'avril 1882, l'opération datait du mois de décembre précédent.

Cette fâcheuse issue ne saurait faire oublier cependant que l'intervention du chirurgien avait eu un résultat capital, celui qu'il avait eu surtout en vue de se décider à opérer, à savoir la suppression des souffrances qui torturaient le malade. A partir du jour de l'opération, les mictions fréquentes, les douleurs, les hématuries avaient disparu. La vie était devenue supportable. Ce malheureux qui naguère parlait de la mort comme d'une délivrance, songeait à reprendre ses occupations habituelles. Il en fut ainsi jusqu'à la fin. Le 5 juin, c'est-à-dire près de six mois après l'opération, la mort survenait sans souffrances ; le malade de plus en plus affaibli s'éteignait doucement.

Le sang avait reparu dans les urines quelques jours avant la mort. Faut-il voir dans ce fait la preuve certaine que le néoplasme commençait à repulluler? M. Bazy, tout en reconnaissant que cette hypothèse est justifiable, est tenté de la repousser et d'admettre que le malade est mort par les reins plutôt que par la vessie. Il note en effet que jusqu'au bout on ne sentait, par le palper, aucune tuméfaction à l'hypogastre ; il fait remarquer de plus que l'exploration de la vessie, faite deux mois avant, alors que la fistule laissait encore passer le doigt, n'avait permis de constater aucune trace de récidive ; au niveau du point où la tumeur s'implantait, on ne sentait qu'une surface dure, comme cicatricielle.

Telle est, Messieurs, cette intéressante observation. Elle peut être résumée en quelques mots. Un homme est atteint d'un cancer de la vessie, source de douleurs intolérables et d'hématuries incessantes ; l'ablation partielle de la tumeur par l'hypogastre et le maintien d'une fistule vésicale ont suffi pour supprimer les douleurs et les écoulements sanguins, et pour accorder à ce malade, voué en tous cas à une mort certaine, le bénéfice d'une fin paisible et sans souffrances.

En somme, comme le fait remarquer M. Bazy, l'opération qu'il a pratiquée est au point de vue des indications et du résultat obtenus, tout à fait comparable à celle de l'anus artificiel lombaire ou iliaque établi chez un malade atteint de cancer de rectum. On

pourrait encore en rapprocher la gastrostomie ou la trachéotomie faites au cours d'un cancer de l'œsophage ou du larynx.

Dans ces diverses circonstances, l'intervention chirurgicale est purement palliative. Elle n'a d'autre but et d'autre effet que de mettre un terme aux symptômes fonctionnels les plus pénibles, provoqués par la lésion primitive. Celle-ci demeure ce qu'elle était auparavant; elle poursuit sa marche progressive, mais silencieusement, si l'on peut s'exprimer ainsi, et comme à l'insu du malade.

M. Bazy a le premier, croyons-nous, proposé et exécuté pour le cancer de la vessie une opération dont l'utilité dans les cas que nous énumérions tout à l'heure, n'est plus aujourd'hui contestée.

Nous verrons plus loin dans quelle mesure sa conduite peut et doit être imitée.

II.

Nous devons auparavant suivre M. Bazy sur un autre terrain. Dans la suite de son travail il élargit en effet le débat. Étudiant dans son ensemble l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie, il se demande dans quelles conditions l'on peut être autorisé à en pratiquer l'ablation complète.

Ce n'est pas la première fois que la question est posée. On trouve à cet égard dans la thèse de M. Féré sur le cancer de la vessie[1] et dans le travail de M. Bazy tous les renseignements historiques désirables.

Ces auteurs rappellent que Dupuytren trouvant à l'autopsie d'un malade une tumeur pédiculée de la vessie disait que si elle avait été reconnue pendant la vie, l'ablation en aurait été possible ; mais il ne paraît pas avoir jamais pratiqué pareille opération.

Civiale et Leroy d'Etiolles auraient à l'aide d'un lithotriteur et d'une forte ligature arraché des tumeurs polypeuses de la vessie. Mais, comme on l'a fait remarquer, ces observations sont sujettes à caution ; l'examen microscopique des parties enlevées n'a pas été fait; peut-être n'amenait-on ainsi souvent au dehors que des lambeaux de muqueuse hypertrophiée. Le procédé employé par ces chirurgiens est du reste brutal et aveugle; il ne peut être recommandé.

Il faut venir jusqu'à Billroth (1875) pour trouver une observation de tumeur vésicale diagnostiquée telle pendant la vie, dont

[1] CH. FÉRÉ, Du cancer de la vessie. Mém. couronné. (Prix Civiale.) Paris, 1881.

l'ablation reconnue utile et possible fut pratiquée après large ouverture de la vessie [1].

C'était chez un enfant de 12 ans, porteur d'une tumeur du volume du poing, prise antérieurement pour un calcul. On s'assura tout d'abord, à l'aide d'une incision périnéale, du volume exact, du point d'implantation, et des connexions de la tumeur. Séance tenante, on se décida pour en faciliter l'extraction à ouvrir la vessie dans la région hypogastrique. La surface d'implantation était trop large pour que la tumeur entière put être enlevée d'un coup à l'aide d'un constricteur. Elle fut attaquée avec les doigts. La plus grande partie fut ainsi enlevée ; ce qui restait fut saisi dans une forte ligature et excisé. La tumeur était un myome. L'enfant, un mois plus tard, sortait de l'hôpital guéri.

Il s'agissait encore d'un myome chez un malade, un homme de 54 ans opéré l'année suivante par Volkmann [1]. L'opération fut conduite absolument de même. La tumeur était pédiculée et son ablation fut facile. La mort par péritonite survint cependant le troisième jour.

La même année (1876), Kocher (de Berne) publiait un fait plus heureux [2]. L'examen de fragments rendus par l'urèthre avant l'opération avait permis de porter le diagnostic de cancer papillaire de la vessie. On se contenta de pratiquer une boutonnière périnéale à travers laquelle toute la surface malade fut énergiquement grattée. Le malade fut revu quinze mois plus tard; la guérison ne s'était pas démentie.

Ce fut aussi à l'aide d'une simple incision périnéale que fut opéré un malade jeune encore, dont le Dr Humphry (de Cambridge)[3] raconte l'histoire. On avait des raisons de croire à l'existence d'un cancer de la vessie. Mais l'opération ne fut, à vrai dire entreprise que dans l'espoir de mettre un terme aux souffrances excessives endurées par le malade. La vessie ouverte, on constata la présence d'une tumeur pédiculée qui fut facilement enlevée. Les douleurs disparurent. La plaie se cicatrisa. Six mois plus tard le malade se portait bien.

Thompson a observé cinq faits analogues. Ils ont été rapportés par lui d'une façon un peu trop succincte dans une leçon recueillie par la *Lancet* [4]. Il s'agit toujours des tumeurs parfois volumineuses enlevées à l'aide de tenettes introduites dans la vessie à travers une incision périnéale. L'opération est d'une simplicité

[1] C. Gussenbauer. *Arch. f. klin. chirurgie*, 1875, t. XVIII, p. 411.
[2] Wolkmann. *Arch. f. klin. chir.*, 1876, t. XIX, p. 682.
[3] Kocher. *Centralblatt. f. chirurgie*, 1876, p. 193.
[4] Humphry. *British. medic. journal*, 1878, t. II, p. 369.
[5] Thompson. Leçons professées à University College. *Lancet*, février 1883.

extraordinaire. La tumeur, arrachée sans doute par fragments, ne saigne pas. Au bout de quelques jours, les malades sont guéris. Un seul a succombé.

Enfin une observation toute récente de Volkmann, rapportée par Rauschenbuch[1] dans sa thèse soutenue l'an dernier, clôt cette série: tumeur papillaire pédiculée enlevée à travers une boutonnière périnéale : guérison.

III.

En somme, en comptant l'observation de M. Bazy, dans laquelle, vous vous en souvenez, la tumeur fut aussi en grande partie enlevée par section et raclage, nous arrivons à un total de onze observations d'ablation de tumeurs de la vessie.

M. Bazy, réunissant ces faits en tableau, arrive aux résultats suivants : deux morts, neuf guérisons, soit une mortalité d'un peu moins de 1/5.

Cette proportion pour une opération aussi grave, dirigée contre une affection aussi sérieuse paraît, au premier abord, favorable.

Mais que signifient ici ces mots de *guérison* et *mort* et quelle est la véritable portée des chiffres que nous venons de reproduire ? Ils expriment seulement que dans 4/5 des cas, le malade n'a pas succombé aux suites de l'opération, et non que l'intervention chirurgicale ait eu pour effet de le guérir du mal dont il était porteur. Deux fois, il est vrai, dans les observations de Billroth et de Kocher, la guérison paraît avoir été définitive. Mais dans toutes les autres, ou bien les malades sont morts ultérieurement par suite du retour de l'affection primitive, ou bien ils n'ont pas été suivis assez longtemps, pour qu'il soit possible de les considérer comme définitivement guéris.

Ce n'est pas, du reste, en s'appuyant sur une statistique de ce genre que l'on peut espérer arriver à des conclusions utiles.

Les faits qu'elle embrasse sont trop disparates : différences dans l'âge des opérés, qui varie de 12 à 63 ans; différences dans la nature des tumeurs qualifiées les unes de myome, les autres de cancer, d'autres de polypes sans autre explication ; différences, enfin, dans le mode d'implantation, qui se fait par un pédicule facilement abordable dans certains cas, dans d'autres par une large base qui met absolument obstacle à une ablation complète. Les procédés opératoires ne sont pas moins variés, puisque tantôt l'on se contente d'une simple incision périnéale à travers laquelle on pratique l'extraction de la tumeur, tantôt on ajoute à l'ouverture

[1] RAUSCHENBUCH. *Diss. inaug.* Halle, 1882, et *Arch. gén. de médecine*, avril 1883, p. 490.

du périnée, faite dans un simple but d'exploration, celle de la vessie par l'hypogastre; tantôt, enfin, on attaque directement le néoplasme par la taille sus-pubienne.

C'est par un autre procédé que celui de l'étude des faits considérés ainsi en bloc que nous chercherons à poser les indications de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.

M. Bazy dit avec raison que toute la question se réduit à bien poser le diagnostic et à agir en conséquence. Mais encore convient-il de bien s'entendre sur les points dont il faut chercher la solution.

On ne s'inquiétera guère en général, et pour cause, de la nature exacte de tumeur. Non pas qu'il n'importe, au point de vue de l'intervention comme à celui des résultats définitifs que l'on en peut attendre, d'être édifié à cet égard; mais, en réalité, nous savons tous combien, au lit du malade, cette détermination est difficile et bien souvent impossible.

Dans quelques cas, chez un homme jeune encore par exemple, ou chez un enfant, porteur d'une tumeur dure, qui ne donne pas lieu à des hémorrhagies, on pourra songer à un myome ou à une tumeur fibreuse.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se présentent d'ordinaire. Le plus souvent aux troubles fonctionnels qui ouvrent le scène, — hématuries, douleurs à la miction, envies fréquentes d'uriner, — s'ajoutent tôt ou tard les signes physiques d'une tumeur appréciable par le palper, le toucher rectal et le cathétérisme.

On ne saurait dès lors mettre en doute l'existence d'un néoplasme vésical, mais bien rarement il est possible de préciser davantage le diagnostic. C'est la marche ultérieure de la maladie qui permettra de décider, si l'on a affaire à un cancer vrai ou à une de ces tumeurs bénignes ordinairement pédiculées, que l'on ne parvient pas toujours, alors même que la pièce est en main, à distinguer des tumeurs cancéreuses de la vessie.

Cette notion de tumeur, suffit, du reste, pour que la question d'intervention puisse être posée.

Pour la trancher, le chirurgien devra, nous semble-t-il, se laisser guider par des considérations assez simples, tirées soit des caractères physiques de la tumeur, et particulièrement de son mode d'implantation, soit des troubles fonctionnels accusés par la malade.

Je m'explique. Il arrive dans certains cas, assez rares il est vrai, mais dont je trouve précisément dans le mémoire de M. Bazy et dans la thèse de Rauschenbuch un exemple intéressant, que l'on parvient à reconnaître que la production intra-vésicale est pédiculée, mobile, facile par conséquent à saisir et à enlever. En pareille circonstance, alors même que les hématuries seraient rares

et les douleurs peu considérables, on sera, croyons-nous, autorisé à agir. En effet, si la tumeur est actuellement bien supportée, on ne peut espérer qu'il en sera ainsi longtemps encore. Bientôt augmentant de volume, elle déterminera ces phénomènes si pénibles qui surviennent presque fatalement à une certaine période des néoplasmes de la vessie. On se souviendra du reste, de l'incertitude dans laquelle on demeure nécessairement, sur la nature histologique exacte de la production dont on a constaté l'existence. S'il y a quelques exemples non contestables de polypes simples de la vessie, fibromes et myomes, n'entraînant jamais d'infection générale, il en est d'autres plus nombreux, où des tumeurs, ayant même apparence extérieure, présentent la structure des épithéliomes et des sarcomes et doivent être considérées comme de véritables cancers. Nous ne croyons pas que, sur le vivant, l'examen même de fragments évacués par l'urèthre permette jamais d'arriver à un diagnostic certain.

Si, donc, la tumeur est reconnue, si elle paraît pédiculée ou du moins n'occuper qu'un point limité de la vessie, si elle semble facilement abordable et d'extraction facile, l'indication sera suffisante. L'opération pourra être tentée. Nous verrons tout à l'heure comment elle devra être conduite. Elle ne présente d'ordinaire pas grande difficulté et sera le plus souvent suivie d'un succès durable.

Nous avons supposé jusqu'ici les circonstances les plus favorables. Malheureusement on ne peut compter souvent arriver à une telle précision de diagnostic.

Ordinairement la tumeur est constatée, on parvient à reconnaître assez exactement la région de la vessie où elle siège, mais son mode d'implantation ne peut être indiqué avec certitude. Parfois le cathéter permet de lui reconnaître une large base ; plus souvent peut-être, il ne donne aucun renseignement précis. En pareil cas, on devra supposer que la tumeur est sessile et agir en conséquence.

Quels seront alors les motifs qui décideront le chirurgien à intervenir, quels sont au contraire, ceux qui lui imposeront l'abstention complète ?

Nous ne tenons pas compte ici de certaines contre-indications formelles, sur lesquelles nous reviendrons plus loin et qui se tirent soit de la trop grande étendue de la lésion, soit de l'état général grave du malade.

N'envisageons pour le moment que les phénomènes qui se rattachent directement à la lésion vésicale, nous dirons que le parti qui devra être pris dépendra principalement des troubles fonctionnels éprouvés par le malade et particulièrement des souffrances qu'il endure.

Chez certains malades, le cancer de la vessie évolue sans grand fracas. Les hématuries sont rares et peu abondantes, les douleurs modérées, les mictions peu fréquentes ; ou bien lorsque ces symptômes s'accentuent davantage, la maladie est arrivée à une phase ultime, où toute intervention est impossible. Pendant une longue période, le mal a été supportable ; l'opération n'est pas de celles que les malades réclament à tout prix.

Agir à cette époque et en pareilles circonstances, ne nous paraît pas une pratique conforme aux principes d'une saine chirurgie.

Le chirurgien, en présence d'un cancer en quelque région qu'il soit situé doit, par-dessus tout, se préoccuper de faire une opération complète. Je dirai volontiers, parodiant un mot célèbre, l'ablation sera totale ou elle ne sera pas. Or, que voyons-nous dans la plupart des observations que j'ai analysées tout à l'heure ? Le plus souvent on a dû se contenter d'une extirpation partielle ou d'un raclage plus ou moins énergique; opération condamnable entre toutes, si la suppression du néoplasme avait été le seul but poursuivi.

Je sais, et nous y reviendrons plus loin, que l'on a proposé, précisément pour ne laisser en arrière aucune parcelle de la production morbide, d'enlever avec elle toute la partie de la vessie sur laquelle elle s'implante. Nous discuterons la valeur de cette opération ; mais dès à présent, nous pouvons dire qu'elle aggrave singulièrement la gravité de l'intervention et que pour être autorisé à aller jusque-là, il faut, comme M. Bazy le dit quelque part, avoir la main forcée.

Ajouterons-nous que, si complète qu'ait été l'ablation, on ne peut guère espérer, s'il s'agit d'un cancer, éviter la récidive. Si elle survient, le bénéfice de l'opération aura été nul, puisque dans l'hypothèse que nous envisageons, ce n'est pas les souffrances du malade, mais la seule présence de la tumeur qui l'aura motivée.

Supposons au contraire le cas, malheureusement trop fréquent, d'un malade à qui les troubles fonctionnels provoqués par le cancer ne laissent aucun repos, chez lequel des douleurs incessantes, des mictions coup sur coup répétées font de la vie une véritable torture, dont la santé générale enfin est compromise par des pertes sanguines d'une abondance et d'une fréquence extrêmes, la question de l'intervention se présentera alors sous une tout autre face.

La simple ouverture de la vessie pouvant par elle-même amener un soulagement marqué, ce motif serait déjà à lui seul suffisant pour décider le chirurgien à agir. Ce premier pas fait, il serait évidemment autorisé à pousser plus loin ses tentatives. Explo-

rant à l'aise la cavité vésicale, reconnaissant du doigt les limites et les connexions de la tumeur, il pourra essayer d'en pratiquer l'ablation totale si elle est possible, partielle dans le cas contraire.

S'il reconnaît que l'extirpation du néoplasme ne peut être tentée sans danger, il se contentera d'établir une fistule vésicale en favorisant la non fermeture de la plaie. Par là, comme nous le disions plus haut, le but principal de l'opération aurait été atteint, puisqu'elle aura du moins débarrassé le malade des phénomènes pénibles qui le tourmentaient.

Le plan de conduite que nous venons de tracer à grands traits est précisément celui qu'a suivi M. Bazy dans l'observation qu'il vous a soumise. Nous avons vu qu'il a eu lieu de s'en féliciter.

Dans les réflexions que ce fait lui a suggérées, il semble admettre qu'il soit possible d'être plus entreprenant. Pour lui toute tumeur de la vessie, dont l'ablation n'est d'ailleurs pas contre-indiquée soit par l'état général du malade, soit par ses connexions avec les organes voisins, doit être enlevée, alors même qu'elle ne détermine aucun trouble fonctionnel grave. Il s'appuie, pour justifier cette proposition, sur ce fait que les souffrances jusque-là absentes, surviennent presque fatalement tôt ou tard; il rappelle d'autre part que le cancer vésical est de tous celui dont la généralisation ganglionnaire et viscérale se produit le plus tardivement. Il en conclut que l'opération, même lorsque le mal date de loin, peut encore être utile.

J'ai tenu à reproduire les arguments de M. Bazy; ils ne sont certainement pas sans valeur. J'ai dit tout à l'heure les raisons qui ne me permettent cependant pas de partager sa manière de voir.

Je résume en quelques lignes la discussion qui précède. Pour moi, les indications de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie peuvent être présentées dans les termes suivants :

1° Si la tumeur est pédiculée ou bien limitée, on sera autorisé à en pratiquer l'ablation, quelle que soit sa nature exacte ou supposée, quelque peu importants que soient les troubles fonctionnels qu'elle produit.

2° Si au contraire la tumeur est sessile, à base d'implantation plus ou moins large, il sera mieux de s'abstenir tant qu'elle ne révèlera pas sa présence par des souffrances vives ou des hématuries abondantes.

3° Si ces phénomènes existent ou se produisent, s'ils en viennent à empoisonner ou à compromettre l'existence, si, d'autre part, on ne se trouve pas en présence de quelques-unes des contre-indications formelles dont il nous reste à parler, on pourra et on devra agir. On tentera l'ablation complète ou partielle de la tumeur. Si elle est reconnue impossible, on établira du moins une

fistule vésicale, qui aura pour effet de procurer au malade un soulagement momentané.

Cette étude ne serait pas complète si nous ne signalions en terminant les conditions dans lesquelles il est absolument interdit de toucher à un cancer de la vessie. M. Bazy réunit sous quatre chefs ce que nous désignions tout à l'heure sous le nom de contre-indications formelles de toute intervention.

Nous les passerons rapidement en revue.

La première, sur laquelle il n'est pas besoin d'insister, est la généralisation du néoplasme dans les ganglions ou dans les viscères. Porter son attention sur les diverses régions ou organes, s'abstenir de toute opération si l'on constate quelque indice d'infection générale est une règle applicable à la thérapeutique de toute espèce de cancer, quel qu'en soit le siège; elle ne comporte pas d'exception.

On s'abstiendra de même si l'on peut, par le toucher rectal et le palper hypogastrique combinés, constater quelque adhérence intime entre la vessie et les organes voisins, indiquer que le mal n'est plus limité à son foyer d'origine et par conséquent qu'une opération s'attaquant à la vessie seule resterait nécessairement insuffisante. Tout au plus pourrait-on, en ce cas, chercher à établir une fistule vésicale dans le but d'atténuer les souffrances du malade si elles étaient poussées à l'extrême.

L'infiltration diffuse des parois de la vessie par la néoplasie constitue une troisième contre-indication non moins pressante, mais malheureusement plus difficile à reconnaître. Il est clair que la ressource de la fistule vésicale n'existerait même pas ici. Le trajet fistuleux serait lui-même à bref délai envahi par le produit nouveau.

Une dernière contre-indication se tire enfin de l'état des reins. Il convient cependant, à ce sujet, de faire avec M. Bazy quelques réserves.

Une néphrite suppurée aiguë, ou une sclérose avancée, se révèlant par la décoloration de la face, l'œdème des malléoles l'inappétence, des troubles digestifs et respiratoires variés, etc., mettraient évidemment obstacle à toute intervention. Mais il est permis de se demander, lorsque la lésion des reins est moins profonde et ne se manifeste que par des symptômes peu accusés, s'il n'y aurait pas lieu de passer outre, à condition toutefois que quelques-unes des indications opératoires dont nous avons fait mention plus haut pressent le chirurgien d'agir. Ne peut-on espérer que l'amélioration de l'état vésical n'arrête ou du moins ne retarde l'évolution de la lésion rénale? La question mérite d'être posée; des faits plus nombreux permettraient seuls de la résoudre.

IV.

M. Bazy termine son intéressant travail par l'examen des divers procédés qui ont été employés pour l'ablation des tumeurs de la vessie. Nous ne le suivrons pas dans tout ce qui a trait à la technique opératoire pure. Envisageant la question dans ses grands traits nous nous demanderons seulement avec lui par quelle voie il convient d'aborder la vessie malade.

On sait qu'il en est deux principales, la voie périnéale et la voie hypogastrique.

La première est celle qui a été suivie par la plupart des opérateurs. Les uns se contentent d'une simple boutonnière uréthrale, à travers laquelle ils arrivent à la vessie sans inciser le col; les autres pratiquent une véritable taille périnéale, d'après l'un des procédés en usage pour la recherche des calculs de la vessie.

La boutonnière qui a été surtout préconisée et employée par Thompson nous paraît incontestablement supérieure à la taille. Celle-ci n'ouvre pas au doigt et aux instruments une voie sensiblement plus large, et elle a l'inconvénient d'intéresser la prostate et le col de la vessie, et par conséquent de constituer une opération infiniment plus grave que la précédente.

Ce n'est pas cependant que la boutonnière soit à nos yeux, pour l'ablation des tumeurs intra-vésicales, un procédé supérieur à tout autre. Nous partageons absolument sur ce point l'opinion de M. Bazy. Il suffit en effet de lire la description qu'en donne Thompson et le récit des faits dans lesquels il a été employé pour se convaincre qu'il peut être d'une application difficile et qu'il ne donne souvent que des résultats imparfaits.

C'est à travers l'étroit canal constitué par les parties membraneuses et prostatiques de l'urèthre que le doigt d'abord, puis l'instrument pénètrent dans la vessie. L'espace n'est pas suffisant pour qu'ils soient introduits à la fois. C'est donc à l'aveugle, puisque le doigt ne peut diriger l'instrument, que ce dernier doit saisir la tumeur et l'arracher. On n'a point ici comme dans la recherche d'un calcul, la sensation d'un corps dur et consistant qui guide les tenettes et les conduit presque à coup sûr à la rencontre de l'objet cherché. Aussi doit-on toujours avoir la crainte soit de ne faire qu'une ablation incomplète de la tumeur, soit d'aller au-delà et d'intéresser la muqueuse vésicale voisine. Le procédé enfin est brutal, puisqu'il n'agit jamais que par arrachement et non par section mesurée et nettement conduite.

Il est deux circonstances cependant, bien différentes l'une de l'autre, où la boutonnière périnéale peut rendre de réels services.

Dans l'une le diagnostic aura pu être posé avec précision, on aura reconnu que la tumeur est pédiculée ; on peut espérer qu'elle se détachera facilement, par rupture de son point d'attache, au moindre effort de traction. On comprend qu'il suffise en ce cas de pénétrer dans la vessie par une ouverture du moindre calibre possible, juste assez grande pour donner accès à l'instrument et lui permettre de ressortir chargé de la partie qu'il aura saisie. Tel est précisément le trajet que fournit la boutonnière périnéale, et cela sans grand délabrement et sans danger réel pour le malade.

C'est à elle que l'on devra donc alors donner la préférence. Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces conditions heureuses de diagnostic sont rarement réalisées.

D'autres fois au contraire les divers procédés de recherche n'ont fourni sur le siège, le volume et le mode d'implantation de la tumeur, aucun renseignement satisfaisant. Le diagnostic demeure obscur et incertain. On a conseillé en pareille circonstance de pratiquer tout d'abord à travers le périnée une incision, qui permettra une exploration directe de la cavité vésicale. L'action ultérieure dépendra des résultats fournis par cet examen. Si l'extraction est jugée possible, on la pratiquera par la voie que l'on vient d'ouvrir ; ou bien on abordera la vessie d'un autre côté, si une ouverture plus large paraît nécessaire.

Billroth et Volkmann ont agi de la sorte dans les deux observations que nous avons rapportées plus haut. La section périnéale ayant été reconnue insuffisante, ils estimèrent que la taille hypogastrique pouvait seule permettre de mener l'opération à bien, et ils la firent séance tenante.

En dehors de ces deux cas, c'est à cette dernière opération, la taille hypogastrique qu'il convient, croyons-nous, de recourir d'emblée.

Cette opinion, qui il y a quelques années encore aurait pu paraître singulièrement téméraire, n'étonnera plus aujourd'hui que la taille sus-pubienne et n'inspire plus les mêmes craintes qu'autrefois. On a reconnu, et j'ai eu moi-même occasion de défendre devant vous cette manière de voir, que la taille hypogastrique, pratiquée suivant les préceptes et avec les perfectionnements qui sont aujourd'hui connus de tous n'est pas une opération aussi redoutable qu'on a pu le penser.

De ce chef donc elle ne doit pas être repoussée *a priori* dans le cas qui nous occupe

Elle a d'autre part, à notre avis, sur la boutonnière périnéale cet avantage considérable qu'elle donne un large et libre accès au doigt et aux instruments ; qu'elle peut même dans une certaine mesure permettre à l'œil de suivre leur action ; qu'elle rend par

conséquent l'exploration de la vessie plus complète et plus exacte, et facilite singulièrement les manœuvres nécessaires à l'ablation et à l'extraction de la tumeur.

On peut ajouter que, si l'étendue et les connexions du néoplasme obligent à renoncer à une extirpation reconnue impossible, et conduisent le chirurgien, par les raisons que nous avons dites, à laisser la vessie ouverte, la région sus-pubienne bien mieux que le périnée se prête à l'établissement d'une fistule vésicale.

Pour nous donc, comme pour M. Bazy, la taille hypogastrique constitue, pour le traitement chirurgical des tumeurs de la vessie, une opération de choix supérieure, dans la plupart des cas, à la boutonnière et à la taille périnéales.

Il est remarquable au reste que quel que soit le procédé employé l'opération ne paraît avoir que très rarement des suites immédiates fâcheuses, hémorrhagie, infiltration d'urine, péritonite, sont des accidents presque inconnus.

L'hémorrhagie au moment de l'opération est abondante, mais cède facilement à des irrigations froides ou à un tamponnement momentané.

L'infiltration d'urine n'a jamais été observée alors même que le râclage de la surface malade a été poussé au point d'amincir singulièrement la paroi vésicale. On aura soin cependant d'assurer le libre écoulement de l'urine à l'aide d'une sonde à demeure dans la boutonnière périnéale, par le moyen de deux gros tubes adossés dans la taille hypogastrique.

La péritonite enfin n'est survenue qu'une fois (observation de Volkmann), sans que l'on n'ait pu se rendre compte nettement de la cause qui l'avait provoquée.

Cette innocuité persisterait-elle, si comme le propose M. Bazy, on osait, lorsque les circonstances s'y prêtent, c'est-à-dire lorsque la tumeur occupe la partie antérieure, et même, dit-il, les parties latérales de la vessie, pratiquer la résection de toute l'épaisseur de la paroi vésicale avec la tumeur qui s'y implante.

C'est le dernier point que notre confrère nous invite à examiner. Nous le ferons très brièvement.

Personnellement M. Bazy ne voit pas que l'on puisse élever contre cette pratique aucune objection sérieuse. Elle est rationnelle, seule elle permet de pratiquer une opération radicale et par conséquent d'espérer une guérison durable. Elle ne lui paraît pas autrement dangereuse. On se mettrait à l'abri de toute infiltration en rapprochant soigneusement par une suture bien faite les bords de la perte de substance. Il rappelle que des exemples récents ont montré que des plaies accidentelles de la vessie ainsi réunies avaient pu guérir sans accidents.

Il reconnaît au reste que les vues qu'il expose sur l'opération dont il entrevoit la possibilité sont toutes théoriques, car jamais encore elle n'a été pratiquée sur le vivant.

En Allemagne, il s'est trouvé des esprits plus hardis encore. Dans un mémoire publié dans les archives de Langenbeck en 1881, et que M. Bazy ignore sans doute à dessein, les D[rs] Gluck et Zeller[1] ont cherché à établir que si l'extirpation totale de l'utérus cancéreux avait été reconnue possible, celle de la vessie malade pouvait l'être au même titre. L'opération a été pratiquée par eux sur des animaux qui ont survécu; les urétères détachés avaient été abouchés dans l'urèthre. Pour l'homme, ils se sont jusqu'ici contenté de répéter la tentative sur le cadavre. Nous laisserons, je crois, à nos confrères d'outre-Rhin, l'honneur de faire les premiers sur le vivant une semblable opération, qui nous paraît ne pouvoir conduire qu'à des désastres.

M. Bazy n'est pas de ceux qui peuvent tenter de pareilles témérités chirurgicales.

Dans les limites où il la circonscrit, la résection partielle de la vessie est une opération qui peut se justifier. Et encore ne pourrions-nous la conseiller que dans les cas, assez rares d'ailleurs, où la tumeur occupe le segment antérieur de la vessie, c'est-à-dire un point sur lequel on peut apporter à la suture tous les soins qu'elle réclame. Du succès de celle-ci dépend en effet, il le reconnaît lui-même, celui de l'opération qu'il préconise.

Je termine ici cette analyse, peut-être trop longue, du mémoire de M. Bazy. J'ai voulu, en la faisant aussi complète que possible, rendre hommage à son consciencieux travail. Avec moi, vous le remercierez, je crois, d'avoir porté devant vous ce débat, dont vous ne méconnaîtrez pas l'importance.

On sait combien la chirurgie, en face du cancer de la vessie, se sentait pauvre et désarmée. J'ai pu vous montrer après M. Bazy, à l'aide de son observation et de celles qu'il a rassemblées, qu'une thérapeutique active, visant soit l'ablation de la tumeur, soit du moins le soulagement du malade, est dans certains cas possible. Son travail n'aurait-il eu d'autre effet que d'établir ce point de pratique qu'il resterait une œuvre bonne et utile.

Je propose donc de déposer honorablement le mémoire de M. Bazy dans nos archives[2] et d'adresser nos remerciements à l'auteur.

[1] Gluck et Zeleer, Ueber Extirpation der Harnblase und Prostata (*Arch. f. klin. Chirurgie*, 1881, t. XXVI, p. 916.)

[2] Le mémoire de M. Bazy sera publié *in extenso* dans un des prochains numéros des *Annales des maladies des voies génito-urinaires*.

Discussion.

M. Després. Je m'associe aux réserves que fait M. Monod dans le remarquable travail qu'il vient de nous lire. Avant d'opérer un cancer, il faut avant tout le reconnaître; or, je ne sache pas qu'il soit possible de reconnaître un cancer vésical, en temps utile tout au moins.

J'observe en ce moment un cancer de ce genre, arrivé à la période de cachexie; le diagnostic dans ces conditions est facile, sans doute, mais il est trop tard pour songer à une ablation, aussi je ne touche pas à la malade, à laquelle cependant deux de mes collègues ont proposé de faire une opération.

Les seules tumeurs vésicales opérables sont les tumeurs polypeuses que l'on rencontre chez les jeunes sujets, et qu'il est quelquefois possible de diagnostiquer.

Relativement à la création d'une fistule artificielle pour remédier à certaines cystalgies, rebelles à tout autre traitement, je dirai à M. Monod que l'idée de pratiquer cette opération, essentiellement palliative, est loin d'être nouvelle.

Sans invoquer ici Velpeau ou Nélaton, qu'on me reproche de citer si souvent, je rappellerai que l'idée de créer des fistules de ce genre remonte très haut, elle est bien antérieure à Desault et à J.-L. Petit, puisqu'il y a huit cents ans de cela, Avicenne s'en montrait partisan.

Il est vrai qu'il ne parle pas du cancer de la vessie, mais seulement des calculs jugés inoppérables en raison de leur volume.

C'était à la fistule périnéale qu'il donnait la préférence, et son opération se trouve citée dans les traités classiques de médecine opératoire; je l'ai indiquée dans le dictionnaire de thérapeutique.

M. Verneuil. Le rapport et l'observation qui viennent de vous être lus sont du plus haut intérêt, car c'est la première fois, que je sache, que la question d'intervention dans le cancer de la vessie est soulevée devant vous.

C'est qu'en effet, si depuis longtemps déjà on a, volontairement ou involontairement, soulagé des cystalgiques par la taille, je n'ai pas connaissance que l'on ait proposé la cystotomie pour un cancer vésical, et c'est là un fait nouveau d'une grande importance.

Ainsi que le fait si judicieusement remarquer M. Monod, cette cystotomie palliative, proposée par M. Bazy, serait comparable à l'entérotomie destinée à remédier aux accidents déterminés par le

cancer rectal; elle produirait le même soulagement, et cela par un mécanisme analogue.

Il faut bien savoir, en effet, que le soulagement résultant de l'entérotomie ne provient pas seulement de ce fait, que l'on rend possible le cours des matières. L'ouverture de l'intestin agit encore d'une autre manière, assez difficile à expliquer physiologiquement, mais qui n'en est pas moins certaine. Je vais vous en donner une preuve.

Je viens de faire l'entérotomie sur une malade atteinte de cancer rectal; cette malheureuse était tourmentée par un tenesme épouvantable, qui la forçait d'aller à la selle plus de cinquante fois par jour. L'intestin ouvert, la malade ne rendit aucune matière par son anus artificiel, et cependant ses épreintes cessèrent comme par enchantement.

Ce phénomène, encore inexplicable, se produirait-il après la cystotomie pratiquée chez un malade atteint d'un cancer de la vessie déterminant un ténesme épouvantable de cet organe? L'observation de M. Bazy semble le démontrer.

Si un fait aussi remarquable se confirmait par la suite, je proposerais d'admettre la proposition de M. Bazy, mais en la renversant.

M. Bazy nous dit : attaquons les tumeurs de la vessie, parce que, même dans le cas où notre opération sera incomplète, nous aurons rendu service au malade.

Moi, je dirai : ouvrez la vessie des malades atteints de tumeur vésicale. C'est là ce que vous devez vous proposer comme but principal.

Si, pendant l'opération, vous trouvez par hasard que la tumeur est extirpable, extirpez-la; dans le cas contraire, contentez-vous de la simple cystotomie.

En d'autres termes, je donne le pas à l'opération palliative sur l'opération radicale, tandis que c'est l'inverse que semble faire M. Bazy.

Il me paraît bien difficile, en effet, d'accepter l'espérance qui est au fond de cette dernière opinion, et, tout en réservant l'avenir, j'avoue que je n'ai qu'une confiance médiocre dans ces essais de cure radicale applicables aux cancers de la vessie.

C'est très facile de publier des observations de cancer vésical guéri quatre à cinq semaines après l'opération; mais il faudrait autre chose pour nous convaincre de l'utilité d'un pareil traitement.

C'est six mois, un an après l'opération qu'il faudrait nous parler de semblables malades. Or, je doute fort qu'à ce moment leur situation soit bien enviable, en admettant qu'ils vivent encore.

Quand vous voyez un épithélioma des lèvres, facile à enlever en totalité, et, dans sa période de début, récidiver d'une manière si désespérante, comment voulez-vous qu'il en soit autrement d'un cancer vésical, que vous n'attaquerez jamais qu'à une période déjà avancée de son évolution?

Pour ce qui est du grattage des tumeurs cancéreuses, qu'elles siègent dans la vessie ou ailleurs, je ne saurais trop le condamner. J'ai gratté des cancers de l'utérus, de la gorge, le résultat de ces opérations est lamentable. Cela ne donne aucun résultat certain, mais, par contre, ce n'est pas exempt de danger. Le danger est bien plus grand encore lorsqu'il s'agit de cancers vésicaux et que les reins sont malades, ainsi que cela est fréquent en pareil cas.

Avant de quitter ce sujet, je vous rappellerai que Galliet, en s'appuyant sur les faits déjà connus auxquels M. Desprès vient de faire allusion, a proposé la taille prostatique pour remédier aux inconvénients de l'hypertrophie de la prostate. Il aurait obtenu d'assez bons résultats de l'emploi de cette méthode, qui n'a d'ailleurs aucune prétention à la cure radicale.

M. Marchand. Le rapport de M. Monod me rappelle l'observation d'une malade que j'ai soignée, il y a quelque quinze ans, pour une cystalgie rebelle, accompagnée de ténesme, d'incontinence.

Il s'agissait d'une jeune fille de 21 ans tourmentée depuis trois ans d'une incontinence d'urine compliquée de douleurs extrêmement vives. Chaque miction involontaire, était en effet accompagnée d'épreintes très pénibles, et ces phénomènes douloureux se présentaient jusqu'à 20 ou 30 fois en 24 heures.

Malgré ces souffrances prolongées, l'état de la malade n'était pas absolument mauvais ; elle était pâle, anémiée mais ne présentait aucun phénomène cachectique.

Un grand nombre de moyens avaient été employés : les narcotiques sous toutes les formes, sans aucun résultat. Elle n'avait jamais eu d'hématurie, et l'urine que l'on pouvait recueillir ne présentait aucune altération.

A ce premier examen, il me sembla constater par le toucher vaginal, une tumeur que je crus d'abord siéger dans la paroi vésico-vaginale.

Le cathétérisme pratiqué immédiatement me démontra que le siège en était ailleurs, puisque je pus sentir une sonde par le vagin sans aucune interposition autre que celle de la cloison dont l'épaisseur était normale.

En présence des accidents présentés par la malade et de l'état misérable où ses souffrances prolongées l'avaient réduite, je son-

geai immédiatement à la possibilité d'une intervention. Je portai le diagnostic probable de léio-myôme de la paroi vésicale.

Le cathétérisme m'avait ultérieurement renseigné sur le siège exact de la tumeur qui était implantée sur la paroi antérieure de la vessie, dans une région assez élevée. Elle avait le volume d'un petit œuf de poule.

Je pensai de suite à une intervention possible et pour me renseigner complètement sur le siège de la tumeur, sa nature, la possibilité de l'attaquer chirurgicalement, je dilatai l'urèthre et pratiquai le toucher vésical.

Je reconnus que la tumeur était incluse dans la paroi vésicale, qu'elle ne faisait qu'une médiocre saillie vers la cavité. La surface en était lisse, la muqueuse vésicale avait conservé sa consistance à son niveau.

Il n'y avait point à songer à intervenir du côté de la cavité vésicale tout au moins. Je reculai devant la nécessité où on se fût trouvé d'exciser le lambeau de vessie considérable sous lequel s'était développée la tumeur.

La dilatation uréthrale eut pour résultat de calmer pendant quelques semaines ces épreintes, et de diminuer le nombre des mictions, mais j'ai su depuis que ce résultat ne s'était pas maintenu.

Je serais heureux de savoir si M. Monod mis en présence d'un cas semblable consentirait à faire l'ablation de la tumeur.

M. Monod. Le diagnostic des tumeurs vésicales est très difficile, ainsi que le fait observer M. Desprès, et c'est pour cela que j'ai mis en avant les troubles fonctionnels seuls, lorsqu'il s'est agi de poser les indications de la cystotomie, qui, je le répète, soulage toujours le malade, quelle que soit la conduite ultérieure du chirurgien. Or, cette conduite est bien simple : elle n'est autre que celle proposée par M. Verneuil. Enlever la tumeur lorsqu'elle est pédiculée, ou lorsque, bien que sessile, son ablation paraît possible; dans le cas contraire, se contenter d'établir une fistule vésicale.

Relativement à la question historique, soulevée par M. Després, je répondrai qu'il est fort possible qu'Avicenne ait pratiqué des cystotomies palliatives. Bien d'autres, comme le rappelle M. Després, en ont fait après lui. Mais c'est Thomson qui a le premier, je crois, proposé dans ce but la création d'une fistule hypogastrique. Je n'ai pas dit autre chose.

L'observation de M. Marchand est très intéressante, mais elle ne rentre pas directement dans notre sujet, puisque j'ai omis à dessein de parler des tumeurs de la vessie chez la femme. Je lui

dirai toutefois qu'à l'heure actuelle, en présence des résultats obtenus par les chirurgiens qui ont fait des cystotomies, je ne serais pas éloigné de proposer à sa malade l'ablation de la tumeur qu'elle porte.

M. Marc Sée. Dans toute cette discussion, il n'a été que fort peu question du fongus bénin de la vessie ; or, c'est là une affection qu'il est bon de connaître, parce que l'ablation dans ce cas est généralement assez facile.

Pour mon compte, j'ai enlevé une tumeur vésicale bénigne de volume minime, qui causait des hémorragies graves, et mon malade a parfaitement guéri.

M. Monod. Le cas de M. Sée rentre dans la catégorie de ceux que j'ai considérés comme commandant la cystotomie. L'hémorragie abondante, en effet, est un de ces troubles fonctionnels graves auxquels j'ai fait allusion et qui forcent la main du chirurgien.

La cystotomie faite, il a parfaitement eu raison d'enlever la tumeur puisqu'elle lui paraissait bénigne.

Mais, à mon avis, il serait dans l'erreur s'il soutenait que c'est la bénignité ou la malignité des tumeurs de ce genre, bien plus que la constatation de troubles fonctionnels, qui doit guider le chirurgien au moment où il prend le bistouri.

Un semblable diagnostic, je ne saurais trop le répéter, est le plus souvent impossible tant que la vessie n'est pas ouverte.

Rapport

Par M. Polaillon.

Observation d'épanchement sanguin considérable de la cavité de Retzius, causé par une rupture musculo-artérielle de la paroi abdominale.— Guérison. Par le Dr Henri Gripat, professeur suppléant à l'École de médecine d'Angers.

Le 24 avril 1882, M. X..., qui est un homme de très haute taille (1m,92), descendait au pas, sur un cheval grand et lourd, une rue fortement en pente. Manquant à la fois des deux pieds de devant, l'animal s'abattit, puis se releva brusquement. Le cavalier portant vivement le haut du corps en arrière pour le soutenir, sentit tout à coup une douleur telle dans le bas-ventre et dans le dos qu'on dut l'enlever de la selle pour le descendre de cheval, puis le mettre sur un brancard pour le transporter à son domicile. Le trajet, de 2 kilomètres à peine, dura plusieurs heures ; on dut faire plusieurs haltes à cause des syncopes perpétuelles et des douleurs épouvantables provoquées par les secousses.

MM. les docteurs Dezanneau et Briand, appelés à la hâte, en mon

absence, constatèrent alors une énorme tuméfaction du scrotum avec mollesse, coloration noire et volume de la tête d'un enfant. Le ventre était gros, tympanisé en haut, mat en bas, où s'était fait également un épanchement de sang. Une douleur vive siégeait au-dessus du ligament de Fallope, au niveau de l'artère épigastrique gauche. Huit sangsues y furent appliquées aussitôt, et la vessie vidée, au moyen de la sonde, d'une urine normale, non sanglante.

Le soir, je vois le blessé avec mes deux confrères et nous pouvons nous rendre un compte très exact de sa situation. Nous reconnaissons qu'il s'est fait un énorme épanchement sanguin sous la peau du scrotum, du périnée, dans et sous les parois de l'abdomen. A ce niveau existe une matité limitée en bas par les ligaments de Fallope, et en haut par une ligne à peu près horizontale, un peu oblique de haut en bas et de gauche à droite, située plus près de l'ombilic que du pubis, à 10 ou 12 centimètres de celui-ci. La limite supérieure n'a pas la courbe d'une ligne de niveau; il n'y a pas de matité latérale dans les flancs.

La vessie n'est pas rompue, car l'urine est normale ; elle est complètement englobée dans l'épanchement, comme frappée de stupeur, comprimée, déplacée et ne fonctionnant pas ; aussi devra-t-on désormais répéter le cathétérisme. Tout d'abord, aussitôt après l'accident, la sonde métallique a passé facilement ; mais au bout de quelques heures, le sang étant déjà coagulé en partie a rendu le trajet uréthral sinueux et le cathétérisme impossible, si ce n'est avec une sonde en gomme à olive, qui ressort courbée en S et dans tous les sens, indiquant que le canal a perdu toute direction normale.

La verge est enfoncée dans un scrotum tendu à pleine peau, le périnée bombé jusqu'au niveau de l'anus, les espaces ischio-rectaux saillants. Par suite, les cuisses demeurent écartées, les pieds dépassant les bords du lit de chaque côté. L'épanchement fait même saillie contre la paroi antérieure du rectum, le comprimant et causant de la constipation.

Au ras du pubis, la résistance éprouvée à la pression indique bien que le sang est en couche épaisse, tandis que l'on sent plus haut un bord mince qui deviendra plus net quand le sang sera coagulé complètement et le sérum en partie résorbé.

L'état général correspond à l'état local. Il n'y a pas de fièvre, pas de vomissements, par conséquent pas de péritonite ; mais la décoloration des tissus, les syncopes au moindre mouvement, persistant pendant plusieurs jours, sont les signes d'une hémorragie considérable. Il n'y a pas d'ailleurs de douleurs spontanées, mais seulement dans les mouvements provoqués; ce ne sont pas alors des douleurs lancinantes, mais des tiraillements très douloureux, rappelant exactement les souffrances atroces du début.

Par une heureuse méprise, le malade, placé à contre sens dans son lit, a la tête plus basse que les pieds, chose avantageuse, puisqu'il ne glisse pas ; il demeure donc immobile sur le dos, ne pouvant même déplacer ses jambes inertes. Un cadre à manivelles de Dupont lui rend désormais les plus grands services.

Une forte couche d'ouate est appliquée sur l'abdomen, un gros tam-

pon de même substance sous le scrotum, et le tout maintenu avec un bandage en T exerçant une pression énergique sur l'hypogastre, le scrotum et le périnée.

A partir de ce moment, le cathétérisme est pratiqué trois fois par jour et non sans difficultés à cause des déviations multiples du canal et du déplacement du col. L'urine coule en bavant, elle est limpide.

Des purgatifs et des lavements fréquents, le curage même du rectum sont nécessaires pour combattre la constipation.

Un petit abcès de la région prostatique s'ouvre bientôt par la sonde. Il est dû probablement à une fausse route faite pendant quelque cathétérisme difficile des premiers jours.

Vers le 15e jour, l'urine sort spontanément, mais les mictions sont fréquentes.

La guérison de l'épanchement sanguin se fait d'abord rapidement dans le scrotum; mais, du côté de l'abdomen, il reste fort longtemps une plaque dure, c'est-à-dire un caillot moins haut et moins épais à droite qu'à gauche, côté de la blessure primitive principale.

A part une constipation persistante, le seul accident survenu ultérieurement fut une cystite qui nécessita de nombreux lavages de la vessie. Elle avait pour origine un abcès de la région prostatique dont le volume n'était pas considérable, car il ne donna qu'une cuillerée de pus, mais qui s'entourait d'une tuméfaction phlegmoneuse d'un notable volume au-dessus et au-dessous du scrotum, le long de l'urèthre. Cet accident doit être attribué au réveil de l'inflammation première de la prostate qui avait donné lieu au premier abcès. La seconde fois seulement, l'inflammation prostatique a été plus intense et s'est propagée aux parties voisines. Il sembla même pendant quelques jours qu'elle avait gagné le pourtour du foyer sanguin, car ou sentait une fluctuation manifeste entre les deux mains placées l'une autour de la racine de la verge et l'autre sur la fosse iliaque gauche. Là, sans doute, s'était accumulé une grande quantité de sérum qui disparut plus tard.

La guérison s'accompagna bien entendu d'une coloration ecchymotique très intense et d'une très grande étendue. Elle simulait un caleçon de bains, couvrant le bas-ventre, les flancs, la racine des cuisses, suivant à gauche jusqu'au genou la gaine des vaisseaux fémoraux, et se manifesta tout particulièrement noire au scrotum et au périnée, entourant l'anus sur les côtés, mais non en arrière.

Cette guérison vint lentement et en plusieurs temps. Au bout de 15 jours, les mictions spontanées avaient reparu. Plus lentement revinrent les fonctions du rectum trop complètement aplati par l'épanchement, puis les mouvements spontanés des cuisses et des jambes. Il fallut presque trois mois pour que le malade se mit debout et quatre mois pour qu'il pût partir pour aller en Lorraine se reposer à la campagne. Il marchait alors tout courbé et avec une canne. A son retour, deux mois après, il pouvait reprendre des fonctions actives : l'embonpoint était presque revenu avec les forces. Actuellement, près d'un an après l'accident, il n'en reste aucune trace ni physique, ni fonctionnelle.

Dans les conditions pathogéniques où s'est produite la lésion, il

semble inutile de discuter la nature hématique de l'épanchement : la rapidité de sa production, la coloration ultérieure en sont les preuves manifestes.

Nul besoin d'ajouter que l'épanchement était considérable, puisqu'il remontait tout près du nombril, distendait le périnée, avait donné au scrotum bien plus du volume d'une tête d'enfant naissant, et écarté les cuisses au maximum. D'ailleurs, les syncopes du début, les lipothymies ultérieures, la décoloration complète et persistante du reste du corps confirment cette opinion. Rarement, dans les observations analogues publiées, l'épanchement a paru aussi considérable : il est certain qu'on peut l'évaluer à plusieurs litres.

Cet épanchement était dû à la rupture d'une ou de plusieurs branches artérielles. Ce qui le prouve, c'est précisément son volume obtenu si rapidement ; c'est encore la douleur vive siégeant sur le trajet de l'épigastrique gauche ; c'est enfin l'ecchymose qui a fusé spécialement dans la gaine des vaisseaux fémoraux de ce côté, et jusqu'au genou, alors que l'ecchymose principale ne descendait pas plus bas que le triangle de Scarpa.

La rupture artérielle s'accompagnait bien entendu de la déchirure de quelques faisceaux des muscles droits abdominaux ; et c'est la raison de l'inclinaison de la ligne de niveau de l'épanchement plus élevée du côté du muscle gauche plus fortement atteint. Le muscle n'était pas, toutefois, complètement rompu ; nul écartement ne l'indiquait ; la rupture était incomplète et située à la partie profonde.

L'épanchement n'occupait pas seulement les gaines musculaires : ayant pénétré en arrière dans le tissu cellulaire pré-vésical, il avait distendu la cavité virtuelle de Retzius, entouré la vessie, gagné la verge, les bourses, le périnée, comprimé le rectum, paralysé et frappé de stupeur la vessie qui demeura longtemps inerte.

L'épanchement était sous le péritoine et non dans sa cavité. Cela ressort de sa marche, de son extension immédiate vers le périnée, de sa limitation en avant de l'anus. Cela ressort également de l'absence de symptômes péritonéaux tels que vomissements immédiats, fièvre précoce, facies grippé.

Les ruptures musculaires de la paroi abdominale sont assez rares pour justifier la publication dans nos bulletins de l'observation de M. Gripat. On en cite quelques exemples pendant les efforts de l'accouchement, pendant l'acte de vomir, pendant les exercices gymnastiques, pendant le coït. Richerand (*Nosogr. chir.*, t. IV, p. 224 et 330), a observé cet accident comme M. Gripat, à l'occasion d'un effort violent pour prévenir une chute en avant.

M. Legouest (*Gaz. des hop.*, 1860, p. 301) a signalé que ces ruptures s'accompagnent souvent d'un épanchement sanguin considérable, parce que les branches de l'artère épigastrique peuvent être rompues avec les muscles, et en particulier avec le muscle grand droit. C'est là un trait particulier à la déchirure sous-cutanée des tissus qui forment la partie inférieure de la paroi abdominale.

Le fait de M. Gripat en est la démonstration évidente. La déchirure de l'artère épigastrique gauche était même la lésion prédominante. La rupture musculaire n'était qu'accessoire, incomplète, car on ne constatait pas cet écartement qui caractérise les ruptures complètes.

L'énormité de l'épanchement qui remplissait l'hypogastre, les bourses, le périnée et maintenait les cuisses écartées, peut faire douter que l'épigastrique en ait été l'unique source. On peut se demander, en effet, si le cheval, en se relevant brusquement, n'a pas écrasé le périnée de son cavalier contre le pommeau de la selle, d'où une rupture des vaisseaux périnéaux et du bulbe qui auraient contribué à l'hémorragie interstitielle de ces parties. Mais on ne comprend guère comment une pareille contusion du périnée aurait laissé intact le canal de l'urèthre. Or, M. Gripat prend soin de dire que l'urine était normale, non sanguinolente et que le cathétérisme avec une sonde métallique a été d'abord facile.

L'épanchement sanguin aurait envahi non seulement la région sous-cutanée, mais aussi les régions profondes sous-péritonéales, la cavité de Retzius, englobant la partie inférieure de la vessie et comprimant le rectum. Il en résulta que les fonctions de la vessie furent paralysées pendant quelques jours. Le cathétérisme répété engendra consécutivement une inflammation du canal, mais il paraît constant que celui-ci ne fut pas lésé pendant la chute du cavalier.

Il est un point qui reste obscur dans l'observation que nous analysons, c'est l'immobilité complète des membres inférieurs pendant plusieurs semaines. Un épanchement du périnée, des fosses ischio-rectales et de la racine des cuisses ne suffit pas à expliquer cette sorte de paralysie motrice.

A quelle cause doit-on la rattacher ? M. Gripat a gardé le silence sur cet intéressant symptôme. Pourtant, en lisant attentivement son observation, il n'est pas impossible de s'en rendre compte. On y trouve qu'en portant violemment le tronc en arrière pour retenir son cheval, le patient ressentit une vive douleur, non seulement dans le bas-ventre, *mais encore dans le dos*. Il y a donc eu lésion dorsale, en même temps que lésion abdominale. Or, la première est vraisemblablement de même nature que la seconde, et je suppose que c'est une déchirure des muscles psoas. Pour éviter les tiraillements douloureux que les mouvements des membres inférieurs occasionnaient dans les muscles déchirés, le malade les maintenait immobiles. En effet, il ne souffrait pas, lorsqu'il ne faisait aucun mouvement ; mais lorsqu'on remuait ses cuisses, les douleurs atroces qu'il avait ressenties au début de l'accident se reproduisaient. Ajoutons qu'avec une déchirure des psoas, les nerfs

du plexus lombaire ont dû être tiraillés et lésés dans leur structure et dans leurs fonctions. Tout cela explique suffisamment l'inertie des membres inférieurs.

Il fallut presque trois mois pour que le malade put se mettre debout ; et il marcha d'abord tout courbé en avant, comme dans les cas de lésions du psoas. C'est peu à peu que l'attitude normale revint avec les forces.

Je vous propose :
1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;
2° D'insérer son observation dans nos bulletins.

Discussion.

M. Després. Cette rupture des fibres musculaires est une chose possible, mais c'est une pure hypothèse, alors surtout qu'il n'a pas été donné de constater l'écartement des deux bouts des muscles. Une rupture de la veine iliaque ou des plexus vésicaux rendrait tout aussi bien compte des phénomènes observés.

M. Polaillon. L'écartement entre les deux parties du muscle droit sectionné a été signalé, en effet, mais il existe un certain nombre d'observations où cet écartement n'est pas mentionné. Par contre, les symptômes constatés par M. Gripat sur son malade, la forme de l'épanchement, son mode de diffusion, etc., sont considérés par les auteurs qui ont étudié la question, par M. Legouest en particulier, comme caractéristiques. Cela a paru suffisant, étant donné que l'autopsie n'a pas été faite, pour établir le diagnostic d'épanchement sanguin dans la cavité de Retzius, et consécutif à la rupture des fibres du muscle droit antérieur.

Ce premier point me paraît incontestable, et s'il doit rester un point de doute, ce ne peut être que relativement à l'épanchement périnéal. Les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident pourraient faire considérer cet épanchement comme la conséquence directe du traumatisme ; mais, ainsi que je l'ai dit, l'absence d'accidents graves du côté de l'urèthre me porte à admettre que cet épanchement est secondaire.

M. Després. Je persiste à croire qu'il ne s'agit pas là d'une rupture musculaire. A l'appui de cette opinion, je noterai que l'observation ne signale pas le développement d'une hernie ventrale. Or, ces hernies sont de règle après une rupture semblable.

Si je fais cette remarque, c'est que les observations de ce genre, basées sur des données aussi incertaines et qui pullulent dans la science, rendent très difficiles les travaux que l'on peut faire, ainsi

que j'ai pu le constater, au moment où je fis une thèse sur les tumeurs des muscles.

M. POLAILLON. Les hernies ventrales se produisent dans le cas de déchirure complète, et comme ici nous n'avons eu qu'une déchirure incomplète, la remarque de M. Després n'est pas suffisante pour infirmer un diagnostic basé sur l'ensemble des signes de grande valeur qui ont été signalés dans le rapport.

Les conclusions du rapport de M. Polaillon sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malades.

AMPUTATION DU MEMBRE SUPÉRIEUR DANS LA CONTIGUÏTÉ DU TRONC (DÉSARTICULATION DE L'OMOPLATE).

M. BERGER présente un malade sur lequel il a pratiqué, au mois d'octobre 1882, l'amputation du membre supérieur droit dans la contiguïté du tronc (désarticulation de l'omoplate, ou amputation scapulo-thoracique). Il s'agissait d'un enchondrome de l'extrémité supérieure de l'humérus droit; M. Berger présente en même temps cette tumeur qui pèse 33 livres et mesure 97 centimètres de circonférence, ainsi que des photographies et des dessins représentant la tumeur et le malade avant et après l'opération.

L'opération sera jointe à un travail que M. Berger communiquera prochainement à la Société sur cette opération. Pour le moment, il se borne à produire le résultat opératoire et l'ingénieux appareil construit par M. Collin pour suppléer à l'absence du membre supérieur et de l'épaule. Cet appareil sera représenté dans l'observation.

M. KIRMISSON présente un petit garçon de six mois, qui porte à la région temporale droite une *tumeur congénitale* se continuant par une sorte de pédicule avec la commissure externe des paupières. Il existe en outre un épaisissement de la conjonctive dans le cul-de-sac supérieur et externe de l'œil droit se prolongeant sur la cornée sous forme d'un ptérygion charnu. Depuis trois mois que l'enfant est en observation, son développement se fait régulièrement sans que la tumeur ait augmenté de volume ni que le ptérygion ait sensiblement empiété sur la cornée. M. Kirmisson s'est adressé à la Société pour savoir quelle conduite il devait tenir.

Par l'organe de MM. Championnière et Guéniot, la Société émet l'avis qu'il y a lieu de s'abstenir de toute intervention jusqu'à nouvel ordre.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le Secrétaire,
CH. PÉRIER.

Séance du 1er août 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine;*

2° *Des effets comparés des divers traitements de la fièvre typhoïde,* par le Dr Duboué, de Pau, membre correspondant;

3° *Bulletin de la clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts,* par le Dr Fieuzal, médecin en chef;

4° M. QUEIREL, de Marseille, adresse une observation intitulée : *Fistule recto-vulvaire, opération par le procédé du professeur Trélat. Guérison.* (Rapporteur, M. Trélat.)

5° M. PONCET de Lyon adresse une observation intitulée: *Abcès froid ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite. Raclage. Tuberculose. Méningite tuberculeuse survenue dix jours après l'opération. Mort.* (Rapporteur, M. Verneuil.)

6° M. le Dr JOBARD, de Vassy, adresse une observation intitulée : *De la taille hypogastrique.* (Rapporteur, M. Monod.)

M. le secrétaire général donne lecture de la note suivante intitulée :

Sclérose hypertrophique acquise de la peau du nez ; ablation, par le Dr Baudon, membre correspondant à Nice.

A Monsieur le Président de la Société de Chirurgie.

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous adresser deux photographies (représentant un opéré avant et après l'opération), une analyse de la tumeur enlevée et une observation très succinte.

Cette opération n'étant intéressante que par le résultat obtenu, mon observation sera très courte.

J'avais diagnostiqué avant l'opération une hypertrophie de tous les éléments du derme du nez.

M. le Dr Kelsh qui a eu l'obligeance de faire l'analyse des tissus enlevés, appelle ces tissus scléroderme hyperplasique ou sclérose hypertrophique de la peau.

Mon opéré était un homme de 55 ans, portant cette tumeur dont les débuts remontent à 10 ans.

J'ai opéré cette tumeur par décortication, avec le thermo-cautère, comme j'aurais pelé une orange.

Le nez décortiqué s'est recouvert d'un tissu de cicatrice, surtout par attraction de la peau environnante.

L'opération a été faite le 26 janvier 1883, et la réparation était complète dans les derniers jours de février.

C'est à cette époque que la deuxième photographie a été prise.

MM. les Drs Lucas-Championnière, Sardou, Boutonnier, Strabel, Didier, ont bien voulu m'aider de leurs conseils et de leurs mains dans cette opération.

Veuillez, Monsieur le Président et très honoré collègue, faire part de cette observation à la Société de chirurgie, et recevoir l'assurance de mes sentiments affectueux et dévoués.

Dr Baudon,
Membre correspondant.

Analyse histologique d'une pièce anatomique adressée par M. Baudon.

Les altérations de structure sont assez simples dans leur expression générale.

Des coupes minces, intéressant toute l'épaisseur de l'organe, montrent tout d'abord un élargissement sensible de l'épiderme, sans altération pourtant de sa structure nulle part. Ce qui domine, c'est une hypertrophie colossale du derme, qui mesure de 1-2 1/2 cent. d'épaisseur; les faisceaux conjonctifs épaissis, homogènes ou vaguement striés, droits, sinueux ou ondulés, forment un enchevêtrement compact, dans lequel les plus superficiels sont parallèles à la surface de la peau, les autres obliques ou même perpendiculaires à cette dernière. L'irrégularité, l'enchevêtrement s'observent surtout dans les couches les plus profondes, où sont desséminés également des pelotons de cellules adipeuses, et ça et là des fibres musculaires striées, devenues granuleuses ou homogènes

comme les fibres cireuses ; dans les couches plus superficielles sont disposées les glandes hypertrophiées de la peau, surtout les glandes sébacées, mais sans obstruction de leur conduit excréteur.

Ce tissu sclérosé est sillonné par un riche lacis vasculaire dont les branches principales affectent une direction perpendiculaire à la surface de la peau. Les parois artérielles sont notablement hypertrophiées, surtout dans leur tunique musculaire ; l'épaississement est également très marqué dans les parois veineuses ; par contre, çà et là le sang paraît circuler dans des cavités creusées simplement dans le tissu fibreux, revêtues d'un endothélium gonflé. La plupart de ces vaisseaux, y compris le réseau capillaire qui est partout richement développé, sont gorgés de sang ou plutôt de globules blancs ; quelques-uns, surtout parmi les vaisseaux précapillaires, sont thrombosés ou entièrement obstrués par des leucocytes.

En outre, et ceci est une altération dominante, les coupes dans toute leur épaisseur sont parsemées d'éléments cellulaires, réunis en amas très compacts disposés presque constamment autour des capillaires, des petits vaisseaux artériels, et surtout veineux. Ce sont de jeunes éléments, vivement colorés par le picro-carmin, d'apparence nucléaire, la plupart formant des amas touffus, compacts, sans interposition de substance intermédiaire. Leur disposition constante autour des vaisseaux, leur groupement serré dans le voisinage immédiat de ces derniers, leur raréfaction au fur et à mesure qu'on s'en éloigne, leur assignent, à n'en pas douter une origine vasculaire : ce sont des cellules d'exsudation et les témoins de la phlegmasie du derme.

Au milieu de quelques-uns de ces foyers cellulaires, il se rencontre des éléments qui tranchent vivement sur les précédents ; ils sont plus volumineux, irrégulièrement arrondis, teintés en jaune plutôt qu'en rose, bref, ils présentent tous les attributs des cellules épithélioïdes ; parfois leur nombre l'emporte sur celui des éléments embryonnaires et rappelle certains aspects de la granulation tuberculeuse ; il existe, d'autre part, çà et là, des foyers arrondis, assez nettement circonscrits, de jeunes cellules, pressées les unes contre les autres, au milieu desquelles sont disséminés des éléments beaucoup plus gros 8-15 sur le champ de la coupe, — de 25 à 35 μ de diamètre, homogènes ou finement granuleux, sans noyaux bien dessinés, éléments qui rappellent vaguement les cellules géantes.

A part ces dernières images que je n'ai jamais rencontrées ailleurs, et sur la signification desquelles je reste dans le doute, le diagnostic anatomique de cette intéressante pièce, peut être formulé : *Sclérodermie hyperplasique, ou mieux sclérose hypertrophique de la peau.*

Discussion.

M. CHAMPIONNIÈRE. J'ai assisté M. Baudon dans cette opération. Le développement du nez était énorme. La décortication avec le thermo-cautère a été exécutée très facilement. Il y avait au pourtour de la région saillante des petits îlots d'hypertrophie que M. Baudon traversa avec le thermo-cautère. La réparation fut extrêmement rapide. J'ajouterai que je revis le malade beaucoup plus tard, et que non seulement il avait l'excellent aspect qu'indique la photographie, mais que les îlots latéraux avaient subi une véritable atrophie, et que la guérison semblait ainsi se compléter chaque jour.

M. MARC SÉE. J'ai opéré un homme atteint d'une affection analogue, chez lequel les bourgeons hypertrophiés étaient tellement volumineux, que la respiration se trouvait gênée.

J'ai enlevé au thermo-cautère les bourgeons les plus saillants, et j'ai cautérisé les parties voisines en enfonçant la pointe du thermo-cautère au milieu des tissus. Le résultat a été des plus satisfaisants.

Il arrive parfois que cette méthode ne réussit pas du premier coup, et que l'on est obligé de revenir à la charge.

M. TRÉLAT. Dans une circonstance analogue, j'ai enlevé avec le bistouri, par une double incision allant jusqu'à la sous-cloison, une tranche du tissu morbide, taillée en forme de V, absolument comme s'il s'était agi de l'ablation d'une tumeur. J'ai réuni ensuite par la suture les deux lèvres de la plaie ainsi obtenue, et la cicatrisation s'est faite très rapidement; le malade, guéri en cinq ou six jours, était enchanté du résultat.

M. DELENS. J'ai fait la même opération que M. Trélat, et, comme lui, j'ai été frappé de la facilité avec laquelle on obtient la réunion de ces tissus anormaux.

M. le secrétaire général donne lecture de l'observation suivante :

Broiement de la jambe. — Amputation : phlébite suppurée. — Amputation de la cuisse. — Mort de phtisie aiguë,

Par M. MAUNOURY, de Chartres, membre correspondant.

Un chauffeur de machine, âgé de 30 ans, homme robuste et vigoureux, taillé en hercule, ayant toujours joui de la plus florissante santé, eut, le 4 janvier 1883, à une heure de l'après-midi, la jambe écrasée sous la roue d'une locomotive. Pendant toute la journée cet homme resta exposé au froid, soit dans une salle d'attente, soit dans un fourgon, et ses camarades lui offrirent bons

nombre de petits verres d'eau-de-vie « pour le soutenir ». Ce fut à neuf heures du soir seulement qu'il arriva à l'hôpital de Chartres, où je le vis. La jambe droite était complètement broyée au niveau de son tiers inférieur, et je fis séance tenante l'amputation de la jambe, au-dessus de la partie moyenne. Les trois artères principales furent liées, alors que le lien d'Esmarch était encore appliqué, et quand ce lien eut été enlevé, il se produisit une hémorragie en nappe extrêmement abondante; j'eus beau élever le moignon et maintenir sur lui une compression assez forte et assez prolongée avec des éponges, le sang continua de couler, et je dus faire la suture des lambeaux dans ces conditions. Cette hémorragie me fit craindre l'existence du diabète; mais l'examen des urines ayant été fait à plusieurs reprises les jours suivants et étant toujours resté négatif, je rattachai cet accident à l'épuisement et à l'alcoolisme du blessé.

Le lendemain et le surlendemain le blessé ne ressentit aucune douleur, mais la température s'élevant peu à peu et le pansement sentant mauvais, j'enlevai ce pansement le 7 janvier et fus fort surpris de trouver un moignon extrêmement tuméfié et offrant de larges plaques de sphacèle. Je fis une désinfection aussi rigoureuse que possible des parties mortifiées. Les jours suivants la température oscilla entre 39°,6 et 40°,6; le 10 janvier le malade eut un petit frisson; le 14 janvier il se plaignit d'un léger point de côté.

Le 18 janvier je pratiquai l'amputation de la cuisse au-dessous de la partie moyenne. L'examen de la partie enlevée nous montra qu'il existait une phlébite suppurée très étendue; toutes les veines et veinules du moignon étaient remplies de pus, mais le caillot veineux s'arrêtait à dix centimètres environ au-dessous du point où avait porté la seconde amputation.

La température, qui était tombée à 37°,4 le soir de l'opération, remonta dès le lendemain à 39°,6, et les jours suivants à 40° et 40°,6. Nous crûmes tout d'abord que notre amputation avait porté trop bas et qu'il se produisait encore de la gangrène, mais lorsque le 25 janvier nous levâmes le pansement, nous trouvâmes au contraire un excellent moignon, très bien réuni, sans gonflement inflammatoire ni rougeur, et ne présentant qu'un petit suintement purulent tout à fait à l'extrémité postérieure de la ligne de réunion des lambeaux. — Le 9 février cette fistule insignifiante était elle-même disparue, la réunion du moignon était complète, et cependant l'état général restait déplorable; la température était à 40°, le malade ne pouvait rien manger et il commençait à avoir la diarrhée; en outre, pendant trois jours de suite, les 12, 13 et 14 février, il y eut un grand frisson avec claquement de dents.

A partir de ce moment, nous n'eûmes plus qu'une pensée, c'était que lors de la phlébite suppurée il s'était produit un abcès métastatique viscéral, probablement dans le foie, à cause du point de côté à droite, et que cet abcès était cause du mauvais état général que nous observions. L'examen du foie que nous fîmes alors ne nous révéla rien, le ventre étant souple et indolent à la pression dans tous ses points.

A la fin de février le malade accusa des douleurs plus vives dans le côté droit; il avait depuis quelque temps déjà une toux à laquelle nous n'avions pas fait jusque-là grande attention. Je constatai alors pour la première fois une matité s'élevant assez haut dans le côté droit de la poitrine. — En mars le malade commença à avoir des crachats purulents, épais, sans qu'il y ait jamais eu de véritable vomique; en même temps la matité du côté droit s'élevait peu à peu, et ce côté présentait une légère voussure. Dyspnée notable.

Le 9 avril la matité du côté droit s'élève très haut; elle est absolue. Il y a de ce côté, dans la moitié inférieure du thorax, une absence complète du murmure respiratoire; en outre, la dyspnée a notablement augmenté. Du côté gauche, il y a également des signes d'épanchement vers la base. Je ponctionne à droite avec l'appareil Potain, croyant tomber dans un abcès du foie; mais je retire un peu plus de deux litres de sérosité jaunâtre, évidemment d'origine pleurale; à la suite de la ponction, la matité est encore très étendue. — Le 20 avril, croyant toujours à un abcès du foie, je fais une ponction dans cet organe, mais je ne retire que quelques gouttes de sang. Je fais alors une seconde ponction dans la plèvre droite, d'où je retire un litre de sérosité tout à fait semblable à celle de la ponction du 9 avril.

En avril et en mai l'état général va s'aggravant de plus en plus. Le malade tousse beaucoup et a des crachats purulents. On entend des deux côtés, mais surtout à gauche, des râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon. La dyspnée est extrême, la fièvre est toujours très vive, l'inappétence absolue. L'épuisement fait des progrès rapides et le malade succombe le 15 juin.

Nous nous attendions à trouver à l'autopsie des abcès viscéraux multiples, mais il n'en fut rien. Le foie et la rate étaient dans leur état normal et ne présentaient aucun abcès. Je ne retrouvai aucune trace de ma ponction faite dans le foie.

Les deux poumons sont indurés et adhèrent intimement à la paroi costale. Ils sont remplis de granulations tuberculeuses isolées, ne s'étant pas encore réunies pour former des masses caséeuses. Vers la partie moyenne du poumon droit, tout à fait au centre, nous trouvons une caverne grosse comme une mandarine, mais

nous ne pouvons dire si c'est une caverne résultant d'une fonte tuberculeuse ou d'un abcès métastatique. Du côté gauche nous ne trouvons pas d'abcès, mais il existe dans la partie inférieure de la plèvre un épanchement séro-purulent d'un litre environ.

Réflexions. — Cette observation est un exemple qui nous semble incontestable de phthisie aiguë survenue à la suite d'un traumatisme et déterminée pai lui. Ces faits sont assez fréquents, mais nous pensons que rarement ils se présentent avec une pareille netteté, et c'est là ce qui nous a engagé à publier cette observation.

C'est en effet le plus souvent chez des sujets affaiblis que le traumatisme provoque le développement de tubercules; souvent même, dans ces cas, le traumatisme est une opération pratiquée dans le but de guérir une manifestation scrofuleuse ou tuberculeuse. Ici rien de semblable. C'est chez un homme vigoureux et dans toute la force de l'âge et de la santé qu'un traumatisme, survenant d'une manière tout à fait accidentelle, fait éclater la tuberculose.

On ne peut pas invoquer davantage la longue durée de la suppuration, car il n'y eut réellement suppuration que de la première à la seconde opération, c'est-à-dire pendant quatorze jours. On ne peut guère admettre que l'abcès du poumon droit, dans le cas où c'eût été un abcès métastatique, ce qui est douteux, ait pu affaiblir notablement le malade, car cet abcès a toujours été d'un petit volume, et il n'y a jamais eu de véritable vomique.

La tuberculose a donc été déterminée évidemment par le traumatisme. Mais comment ce traumatisme a-t-il agi? Il nous semble qu'il y a là deux hypothèses possibles : peut-être y a-t-il lieu de faire intervenir la phlébite suppurée comme ayant pu donner lieu à des embolies miliaires, insuffisantes pour déterminer des abcès métastatiques, mais suffisantes pour produire une irritation du tissu pulmonaire; plusieurs circonstances de l'observation, et notamment la marche suraiguë, les frissons, le point de côté à droite semblent plaider en faveur de cette supposition.

Peut-être le traumatisme a-t-il provoqué directement la manifestation pulmonaire. Y avait-il là un terrain prédisposé? Tout semblait démontrer le contraire. Toutefois l'enquête à laquelle nous nous sommes livré depuis nous a appris que les parents de cet homme étaient morts très jeunes : le père accidentellement, mais la mère immédiatement après son accouchement s'était mise à tousser et était morte six mois après de phtisie pulmonaire. (Une petite fille du blessé, agée de 11 mois, qui pendant la maladie de son père est restée couchée près de lui, vient de mourir de méningite tuberculeuse. 14 août. *Communiqué par M. Manoury depuis la lecture de sa lettre.*)

M. Després. C'est, je crois, s'avancer beaucoup que de dire que cet homme a succombé à une tuberculose pulmonaire produite par un traumatisme. M. Maunoury a parfaitement raison de soulever l'hypothèse d'un abcès métastatique unique, car il y a dans la science un grand nombre d'observations de ce genre. Pour mon compte, c'est à cette dernière opinion que je me range, et j'admets dès lors que le malade est mort d'infection purulente, malgré la présence de granulations signalées au voisinage de l'abcès.

A l'heure actuelle, on ne veut plus voir d'infection purulente nulle part, et je crains fort que l'auteur n'ait obéi à cette préoccupation.

M. le secrétaire général donne lecture d'une note intitulée :

De la gastrotomie dans les cas de rétrécissements cancéreux de l'œsophage,

Par le Dr Faucon, de Lille, membre correspondant.

« La Gastrotomie est contre-indiquée dans les cas de cancers de l'œsophage. » Telle est la conclusion d'un travail dont j'ai offert un exemplaire à la Société de chirurgie.

Je me hâte d'ajouter que nul n'a plus aujourd'hui le droit de proscrire cette opération, qui restera l'une des belles conceptions de Sédillot : elle a fait ses preuves, et il ne s'agit ici que des cas de cancers.

Depuis la publication de mon mémoire, la Société de chirurgie a traité la question dans sa séance du 14 mars dernier ; je viens de lire le compte rendu officiel de la discussion dans les livraisons d'avril et mai des Bulletins qui reproduisent les communications de MM. Tillaux et Berger et les réflexions de MM. Sée et Verneuil. A défaut d'une solution précise, ce compte rendu nous fait du moins connaître l'opinion de deux savants collègues.

M. Berger, ému du triste sort des cancéreux, que torturent les angoisses de la faim et de la soif, se déclare prêt à recommencer une tentative dont il est venu loyalement proclamer un insuccès.

M. Verneuil, qui a eu le grand honneur de sauver un malade atteint d'une autre variété de rétrécissement, sans se prononcer catégoriquement, fait part à la Société de ses hésitations en présence des coarctations cancéreuses de l'œsophage : il est pourtant facile de deviner de quel côté il penche.

On peut donc résumer l'état de l'opinion sur cette question de thérapeutique chirurgicale en disant que, parmi les chirurgiens, les uns préconisent encore l'opération, d'autres la déconseillent formellement, d'autres enfin semblent indécis sur le parti à prendre.

Le moment n'est-il pas venu de formuler un précepte qui fasse loi ?

Où est la vérité entre des affirmations contradictoires ? Les faits actuellement connus suffisent-ils à résoudre définitivement la question ou de nouvelles expériences paraissent-elles nécessaires ?

La gastrotomie dans le cas de cancer œsophagique peut-elle, doit-elle être consciencieusement essayée ou doit-elle être reléguée parmi ces tentatives hasardeuses, aventureuses, auxquelles répugne le caractère des chirurgiens de notre pays ? Cela vaut la peine d'être sérieusement examiné, surtout par une Compagnie qui tient à honneur de conserver les traditions et de représenter l'esprit de la chirurgie française.

En ce qui me concerne, les documents produits dans la récente discussion ne me paraissent pas de nature à me faire modifier ma conclusion.

La gravité de l'opération semble plus grande encore que je ne l'avais présumé, puisque, d'après M. H. Petit, sur 40 opérés, 35 ont succombé aux suites immédiates de la gastrotomie chez les cancéreux : 7 opérés sur 8 verraient abréger par la chirurgie le peu de jours qui leur restent à vivre.

Quant au bénéfice obtenu par les rares survivants, il serait de 17 jours à 6 mois.

M. Marc Sée qui a signalé une nouvelle victoire de la gastrotomie due au professeur Albert pour un rétrécissement syphilitique n'a trouvé à citer comme succès, pour les cas de cancer, qu'une survie de deux à quatre mois chez quatre malades opérés par le même chirurgien. Et M. Verneuil a objecté avec juste raison que ces cancéreux avaient été gastrotomisés, comme un opéré de Schœnborn que j'ai signalé, à une période où nous n'intervenons pas en France, alors que l'œsophage est encore perméable et que les malades peuvent continuer à vivre en s'alimentant par la bouche et en s'aidant par la voie rectale.

N'ai-je pas le droit de répéter que de si minces résultats ne sauraient contrebalancer l'effroyable mortalité de l'opération, mortalité inhérente, non à l'acte chirurgical lui-même, mais à la nature du mal qu'il est destiné à combattre.

Je suis donc autorisé à soutenir que ma conclusion reste debout, quelque absolue qu'elle puisse paraître : Ce n'est pas à la gastrotomie qu'il faut s'adresser pour soulager les malades atteints de cancer œsophagien et chercher à prolonger leur existence.

A côté des faits, se pose ce que j'appellerai la question sentimentale ; comment se résoudre, a dit M. Berger, à laisser périr un malade, *sans rien tenter pour lui venir en aide ?*

C'est là un argument commode qui explique et peut excuser toutes les audaces, y comprise l'ablation des cancers du pylore.

J'avoue que j'ai été étonné de la retrouver dans la bouche de M. Berger, chirurgien instruit et positif, dont je me rappelle un article inséré dans la *Revue des sciences médicales*, à propos d'une opération de Schœnborn.

La réponse à cet argument se trouve à la page XXIX de l'Avertissement dont M. Verneuil a fait précéder le tome III de ses *Mémoires de chirurgie.*

Est-ce d'ailleurs se croiser les bras que de recourir à l'alimentation des dysphagiques des aphagiques, par la voie rectale? Est-ce bien sûr que des tentatives faites dans cette direction ne seraient pas plus profitables aux malades que l'opération si périlleuse et si incertaine de la gastrotomie ?

Les malades atteints de cancers œsophagiens sont des naufragés qui se débattent dans les flots hors de portée de tout secours réellement efficaces; le chirurgien sauveteur n'a qu'une perche à leur tendre; la perche est fragile; avec de la prudence on peut prolonger la lutte de quelques heures; si on se laisse entraîner à un effort trop violent pour les ramener sur la berge, l'appui se rompt et du même coup l'infortuné qui s'y accroche disparaît dans l'abîme.

Tout le monde n'en juge pas ainsi, tellement est profond ce sentiment de compassion intime qui pousse le médecin à tout tenter dans les cas désespérés: je le sais par expérience. Lorsque je pratiquai l'autopsie de mon opéré, un de mes collègues qui m'avait assisté dans cette gastrotomie, m'entendant manifester ma répugnance à renouveler une semblable tentative, me répondit, en me faisant remarquer l'absence de toute complication opératoire : si jamais je me trouve dans le même cas, je vous demanderai de m'opérer, et je vous prierai de ne pas apporter alors les hésitations et le retard que vous avez mis à vous rendre aux sollicitations de ce malade.

J'accepte ce reproche qui m'a été fait: mais je constate que ceux qui ont opéré plus hâtivement que moi n'ont guère été plus utiles à leurs malades que s'ils s'étaient abstenus. Une tentative, jugée rationnelle, peut et doit être faite; il faut y renoncer lorsque l'expérience la démontre inutile ou dangerense.

Pourtant, comme actuellement les opinions diffèrent, je livre toute entière ma conclusion à l'appréciation de mes collègues, persuadé que les intérêts de l'art et ceux de l'humanité ne peuvent que gagner à une discussion basée sur l'impartiale observation des faits.

Dr FAUCON.

Rapports.

RAPPORT par M. TERRIER sur une communication intitulée :

Deux blessures de l'œil par des fusées d'artifice,

Par M. NICATI.

Sous ce titre, l'auteur communique à la société de chirurgie deux faits de traumatisme de l'œil qui offrent un certain intérêt.

I. — Dans le premier cas, un homme de 29 ans, regardant en l'air, reçoit sur l'œil gauche une baguette de fusée d'artifice. Appelé le lendemain, M. Nicati constate un épanchement dans le corps vitré, ce qui n'empêche pas de compter les doigts à la distance d'un mètre.

L'auteur conseilla le repos et la patience (*sic*), traitement qui fut suivi de tous points, puisque le blessé ne revint voir le chirurgien qu'au bout de deux mois et demi.

A cette date, l'acuité était de 1/12 ; la choroïde offrait des taches de pigment et d'atrophie dans la région de la macula ; quelques traces de pigment dans la rétine.

M. Nicati diagnostique une rupture de la choroïde ; pour notre compte, il nous est difficile d'accepter sans conteste cette manière de voir, et les signes classiques de la rupture de la choroïde nous paraissent différer de ceux que l'auteur indique si brièvement.

Quoi qu'il en soit, à la suite d'une contusion violente du globe, M. Nicati observe :

1° Un épanchement de sang dans le corps vitré ;

2° Des altérations ultérieures de la choroïde, qu'il rapporte à sa rupture ; il n'y a rien là que de très classique ; aussi est-il inutile d'y insister longuement.

II. — Dans la seconde observation, il s'agit encore d'un homme âgé de 38 ans, qui reçut une fusée en flamme dans la figure.

L'œil gauche est défiguré (*sic*) : brûlure de l'angle interne, déchirure de la paupière inférieure. La conjonctive est intacte ; la cornée, lisse et sensible, est opacifiée ; son parenchyme est nuageux, surtout vers les parties centrales de cette membrane. La pupille est dilatée, mais l'opacité cornéenne ne permet pas de voir le cristallin (suture de la paupière et occlusion de l'œil). Huit jours après, l'opacité de la cornée diminue peu à peu de la périphérie vers le centre, et elle avait tout à fait disparu le quatorzième jour.

On put alors apercevoir le cristallin luxé en haut et en dedans, et offrant quelques points opaques dans ses couches corticales. La pupille est fortement dilatée et déviée en haut et en dedans $S = 1/3$. L'opacité du cristallin augmentant peu à peu, l'acuité tombait à 1/30 au bout de six mois.

L'œil droit, présentement intact, et n'offrant que quelques petites ecchymoses palpébrales, fut le siège d'une hémorragie du corps vitré quinze jours après l'accident. Un mois après, l'on put constater, dans la région équatoriale et à sa partie interne une petite cicatrice noirâtre, que l'auteur regarde comme le point de passage d'un corps étranger. Le sang se résorbe peu à peu, et dans le fond de l'œil on aperçoit une masse blanche, substance fibreuse (*sic*) enveloppant le corps du délit probablement.

En résumé : à gauche, brûlure et déchirure palpébrales, opacité cornéenne parenchymateuse, luxation du cristallin et cataracte.

A droite, corps étranger, enkysté dans le vitré.

M. Nicati fait suivre ces deux observations de réflexions que nous allons exposer et discuter.

Et tout d'abord, se plaçant au point de vue médico-légal, l'auteur distingue la blessure faite par une baguette de fusée de celle qui résulte de la projection d'une fusée enflammée. Dans le premier cas, il n'y a que de la contusion, voire même une plaie contuse; dans le second cas, il y a brûlure et surtout pénétration de petits corps étrangers comme des grains de poudre dans le globe oculaire.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ce point de diagnostic rétrospectif et médico-légal.

Dans la seconde observation, on observe à gauche, une opacité cornéenne diffuse plus accusée au centre de la membrane qu'à sa circonférence, opacité qui ne résultait certes pas de l'action du calorique, dit l'auteur, car l'épiderme cornéen était sensible au toucher.

Cette opacité tient à la contusion directe de la membrane transparente, ainsi que l'ont mentionné Follin et Duplay ; toutefois, elle offrait ici des caractères d'intensité réellement anormaux, si bien qu'on aurait pu craindre le sphacèle d'une partie ou même de la totalité des lames cornéales, si la sensibilité n'avait pas persisté, ainsi que l'auteur s'en est assuré.

M. Nicati rapporte cette opacité à un arrêt de nutrition, le fait est possible, probable même, mais non démontré.

Quant à la cataracte qui a suivi le traumatisme du globe, l'auteur se demande s'il y a eu déchirure de la capsule, ou bien écrasement des couches corticales ?

Pour nous, la chose est plus vulgaire : le cristallin a été luxé,

c'est-à-dire séparé de ses connexions nutritives normales et il s'est opacifié. C'est encore là un phénomène en quelque sorte classique, à propos duquel il est bien inutile d'échafauder des théories.

Un point reste obscur dans cette observation, c'est la production tardive d'un épanchement sanguin de l'œil droit, c'est la petite cicatrice noirâtre constatée ultérieurement; enfin, c'est la masse blanche du corps vitré enveloppant, au dire de M. Nicati, le corps du délit.

L'œil droit avait-il été examiné dès l'accident? Cette cicatrice était-elle visible lors du traumatisme? Enfin, cette production cicatricielle du corps vitré s'est-elle développée autour d'un corps étranger? Tous ces points méritaient une étude plus serrée que ne l'a fait l'auteur.

Quoi qu'il en soit, nous vous proposons de déposer le travail de M. Nicati aux archives et de lui adresser des remerciements.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Delens fait un rapport verbal sur un travail de M. Guermonprez (de Lille), intitulé : *Études sur les plaies des ouvriers en bois.*

Dans ses conclusions, M. Delens motive le dépôt du mémoire de M. Guermonprez dans les archives de la Société, sur ce que l'auteur annonce qu'un journal de médecine attend, pour publier son travail, que la lecture du rapport ait été faite.

Incident.

M. Desprès. Je demande la parole pour un rappel au règlement. Voici la seconde fois qu'il est dit publiquement, dans cette séance, que les auteurs d'un mémoire rapporté ont l'intention de reprendre leur ouvrage pour le publier ailleurs que dans nos bulletins. Or, comme notre règlement défend de rapporter un travail destiné a une publication autre que celle de nos bulletins, une semblable déclaration constitue la violation, par une voie détournée, il est vrai, de ce même règlement.

Nous ne pouvons accepter de semblables procédés; si notre règlement, tel qu'il est rédigé, nous laisse impuissants à leur égard, nous devons y introduire un nouvel article.

Cet article contiendrait, en substance, la prohibition pour les auteurs de publier ailleurs les mémoires au sujet desquels un rapport aurait été fait devant vous.

M. Terrier. Ces choses-là devraient être dites en comité secret.

M. Desprès. Je ne suis pas de cet avis : il est bon que ces

choses-là soient dites publiquement afin qu'elles ne puissent plus se reproduire. Il est bon que l'on sache que quand on nous envoie un mémoire, on n'a plus le droit de le publier textuellement ailleurs.

M. le Président. Il me semble que vous ne pouvez empêcher un auteur de publier son travail après qu'il a été rapporté devant vous. La Société, en somme, n'est que dépositaire des travaux qu'on lui envoie.

M. Forget. Autrefois, la jurisprudence de la Société à cet égard était formelle. Tout travail lu devant elle devenait sa propriété, l'auteur en était prévenu à l'avance, et il savait, en conséquence, qu'il n'avait pas le droit de le reprendre pour le publier ailleurs. Je crois qu'il serait très regrettable de laisser tomber une pareille règle en désuétude.

M. Desprès. M. Forget a parfaitement raison. Cette règle, d'ailleurs, a été appliquée il n'y a pas très longtemps à l'un des membres de cette Société qui n'était pas encore notre collègue. L'observation qu'il était venu nous lire, et au sujet de laquelle un rapport avait été fait, ayant été publiée dans un journal, fut supprimée dans nos comptes rendus, au moment de la publication du bulletin.

M. Reclus. Ce que la Société a voulu, au moment où le règlement a été rédigé, c'est que ses bulletins aient la priorité de tout travail, lu ou rapporté devant elle. Mais je ne vois pas d'inconvénient, une fois que le Bulletin a été publié, à ce qu'un auteur reprenne son travail et le publie où bon lui semble. Du moment que la publication a été faite d'abord dans le Bulletin, la Société n'a rien à dire.

M. Trélat. Je suis d'avis, moi aussi, qu'il s'introduit depuis quelque temps parmi nous des habitudes de tolérance fâcheuse, au sujet de la publication de nos travaux. Tout travail apporté devant la Société lui appartient, c'est là un principe incontestable que nous ne faisons pas observer toujours assez rigoureusement. La vérité est qu'après qu'un travail a été rapporté, et que la Société déclare qu'elle ne le publiera pas, on peut, par bienveillance, restituer ce travail à l'auteur qui en fait ce que bon lui semble; mais il ne faut pas aller au delà. De même, la publication anticipée, par des membres de la Société, de travaux ou mémoires communiqués dans nos séances, est un fait irrégulier.

M. le Président. C'est, en effet, irrégulier et incorrect.

M. Trélat. Je ne veux pas insister plus longtemps sur ce sujet,

car, si j'ai pris la parole en cette circonstance, c'est uniquement à titre de rappel au règlement.

M. Terrier. Ces remarques sont d'autant plus justifiées, que quelques auteurs qui nous ont envoyé des travaux, les ont publiés ensuite, sans même mentionner le rapport que nous avions fait à leur sujet. Le fait s'est produit à propos d'une publication des annales d'oculistique.

M. Horteloup, *secrétaire général.* Le règlement dit que tout travail manuscrit envoyé par une personne étrangère ne peut, dans aucun cas, être repris par l'auteur. Ce n'est que lorsque le travail a été classé que l'auteur peut en prendre une copie dont il fait ensuite ce que bon lui semble.

M. le Président. C'est là une disposition qu'il est bon de rappeler, afin que les auteurs qui nous envoient des mémoires sachent ce qu'il en est.

M. Delens. J'ai un certain regret d'avoir commis l'indiscrétion qui soulève ce débat, que je ne pouvais prévoir. Je le regrette d'autant plus que M. Guermonprez est de très bonne foi dans cette circonstance, puisqu'il m'a écrit une lettre par laquelle, en même temps qu'il m'annonce son intention de publier son travail dans un journal, il me prie de hâter le dépôt de mon rapport, afin que la publication puisse avoir lieu pendant les vacances.

M. Després. Je ne nie pas la bonne foi de l'auteur, mais, enfin, nous ne pouvons accéder à son désir. Je demande, en conséquence, que M. Delens retire purement et simplement son rapport, ce sera la sanction de l'irrégularité commise.

M. le Secrétaire général. Vous ne pouvez cependant pas empêcher que l'auteur d'un mémoire qui a été l'objet d'un rapport devant vous, ne publie son travail après ce dépôt. Je ne vois pas ce qu'une semblable pratique peut avoir de choquant.

M. Bazy fait un travail, il demande notre avis, M. Monod fait un rapport, une discussion s'ensuit, et le travail qui aurait fait double emploi avec le rapport, est publié ultérieurement dans un journal : en quoi cela est-il blâmable ? Pour mon compte, j'estime, au contraire, que cette manière de procéder est très flatteuse pour notre Compagnie.

M. Trélat. Il n'y a aucune comparaison à établir. Le travail de M. Bazy donne lieu au rapport de M. Monod, pièce considérable qui nous reste; M. Monod nous annonce après le vote que M. Bazy va publier son travail, rien de mieux: mais tel n'est pas le cas

d'un auteur, qui nous dit : Faites votre rapport parce que je veux publier ailleurs mon mémoire. Cette manière de faire n'est pas très correcte; il est heureux qu'il y ait un article du règlement qui nous permette d'empêcher qu'un pareil fait ne se reproduise.

M. le Secrétaire général. Trouveriez-vous plus correct que l'auteur, au lieu d'écrire à son rapporteur qu'il le prie de faire son rapport, parce qu'il est dans l'intention de publier son travail, — comme c'est d'ailleurs son droit, — lui écrive : « Puisque depuis deux mois que vous avez mon travail, vous n'avez pas encore fait de rapport à son sujet, je vais le publier ? »

M. Lucas-Championnère. Il y a, je crois, un intérêt majeur à ce que les travaux qui émanent de notre Société soient aussi répandus que possible. Nous avons pour cela, d'abord nos Bulletins, qui ont la priorité des mémoires ; mais une fois cette priorité établie, je ne vois que des avantages à ce que les publications soient aussi multipliées que possible.

En ce qui touche le cas particulier, je suis de l'avis de M. Horteloup. J'aurais trouvé très regrettable qu'un auteur nous écrivît : « Dépêchez-vous de faire votre rapport, parce que je vais publier; » mais je trouve très naturel qu'il nous écrive : « Je voudrais publier mon travail; vous est-il possible de faire votre rapport avant telle époque ? »

M. le Secrétaire général. C'est même très flatteur pour nous.

M. Lucas-Championnière. La meilleure preuve que vous comprenez fort bien l'importance qu'il y a à donner une grande publicité à vos travaux, c'est que vous avez établi, ici même, un banc pour les journalistes qui veulent bien rendre compte de vos discussions, avant même la publication de vos Bulletins.

M. Forget. L'observation du règlement, en ce qui concerne la publication de nos travaux, est d'autant plus nécessaire, que nous avons un traité avec un libraire, qui pourrait se trouver lésé par une publication anticipée.

En somme, l'auteur qui vient à cette tribune pour lire un mémoire, qui le voit discuté et ensuite publié dans nos Bulletins, doit en être satisfait, et je ne conçois pas qu'il désire autre chose.

M. le Président. Vous êtes à côté de la question. Il ne s'agit pas, en ce moment, d'un mémoire destiné à nos bulletins. Il s'agit d'un travail qui est apprécié à cette tribune, mais que nous ne publions pas puisque M. le rapporteur propose de le déposer aux archives. L'imprimeur des bulletins ne peut donc être lésé en aucune façon.

Votre raisonnement s'appliquerait mieux à la question qui a été soulevée au cours de la discussion, et qui est relative au cas d'un de nos collègues qui, péchant par ignorance, publierait, en dehors de nos Bulletins, un travail destiné à la Société.

M. Després. L'irrégularité consiste également dans le fait d'un auteur écrivant à son rapporteur de hâter son travail, afin qu'il puisse publier son mémoire. Je crois que, si pareil fait se représentait, le rapporteur devrait renoncer à faire son rapport.

M. Marc Sée. Cela n'est pas dans le règlement.

M. le Président. Je crois que l'on pourrait clore ici cet incident, et mettre aux voix les conclusions de M. Delens.

M. Després. Je demande à M. Delens qu'il veuille bien retirer son rapport; je prie la Société de vouloir bien prendre d'abord une résolution à ce sujet.

M. Terrier. On ne peut mettre ainsi un de nos collègues en demeure de retirer son rapport. La seule chose possible, c'est d'approuver, de modifier, ou de rejeter les conclusions qu'il a formulées. Cette conduite est d'autant plus rationnelle dans le cas particulier, que le travail dont il s'agit est, dans sa partie originale, du ressort de l'hygiène, et, à ce titre, ne saurait figurer dans nos Bulletins.

M. le Président. M. Delens pourrait supprimer dans son rapport les conclusions du travail de M. Guermonprez, il nous proposerait ensuite d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer le travail dans nos archives.

De cette façon le travail ne paraîtrait pas dans nos Bulletins, ce qui donnerait satisfaction à tous nos collègues, et l'auteur, conformément à notre règlement, pourrait ensuite venir prendre copie de son travail qu'il publierait à sa guise.

M. Delens. Je ne vois aucun inconvénient à accepter les propositions de M. le président.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

M. Trélat fait un rapport verbal sur une observation adressée à la Société par M. Damalix interne dans le service de clinique chirurgicale de l'hôpital Necker.

Cette observation est caractéristique sous tous les rapports : origine et nature congénitale de la hernie ; rapidité et intensité des accidents d'étranglement, simplicité de l'opération ; absence complète d'accidents inflammatoires ou septiques ; persistance des accidents d'origine reflexe, mort rapide par suite de cette persistance.

Elle vient à l'appui des faits qui ont été produits cette année par M. Trélat et par M. Théophile Auger, pour démontrer la gravité et la rapidité des phénomènes d'étranglement dans les hernies congénitales.

Conformément aux conclusions du rapporteur la Société vote l'insertion de cette observation dans les bulletins.

Hernie inguinale gauche congénitale étranglée. — Marche rapide. Opération. — Mort.

Observation recueillie par M. DAMALIX, interne du service de M. TRÉLAT.

Le nommé Kodary, âgé de 31 ans, entre le 6 juin à Necker, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Saint-Pierre; nº 6.

C'est un homme d'une vigoureuse constitution et d'une santé robuste, ayant fait des excès alcooliques : il absorbe environ deux ou trois litres de vin par jour. De plus, en raison de sa profession (compositeur de caractères d'imprimerie) il est atteint de saturnisme, et quoiqu'il n'ait jamais eu de colique de plomb ni de symptômes encéphaliques, il porte sur les gencives un liseré bleuâtre caractéristique de l'intoxication plombique.

Il était atteint dès sa plus tendre enfance d'une hernie assez volumineuse et qui suivant lui était était apparue à l'âge de 16 mois. Cette hernie sortait et rentrait facilement et ne causait aucun trouble. Aussi n'avait-il jamais porté de bandage.

L'année dernière seulement il eut recours à un bandage à la suite d'un petit accident : à cette époque, en effet, dans un effort de toux, sa hernie qui d'ordinaire rentrait avec la plus grande facilité fut plus difficile à réduire.

Après quelques heures, et sous l'influence du repos, la réduction put s'opérer et depuis cette époque le malade justement effrayé par cet avertissement maintint sa hernie à l'aide d'un bandage. Aucun accident ne se reproduisit.

Dans la nuit du mardi 5 juin au mercredi, à trois heures du matin, le malade fut pris de violents accès de toux, et dans un de ces accès il ressentit tout d'un coup une vive douleur dans l'aine gauche. Sa hernie était de nouveau sortie ; il essaya, mais en vain, de a réduire.

A 6 heures du matin, M. le Dr T..., appelé près du malade, essaya le taxis mais sans résultat. Il condamna le malade au repos les jambes légèrement fléchies et fit faire des applications de glace sur la tumeur.

A 4 heures du soir, M. le Dr J... est appelé en consultation par le

Dr T... Le chloroforme est administré et l'on fait une nouvelle tentative de taxis aussi infructueuse que la première. Le malade est alors envoyé dans le service de M. le professeur Trélat, à Necker.

Après un bain d'une heure, M. le Dr Petit, chef de clinique, et M. Lejars, interne du service, font, sous le chloroforme, et à 8 heures du soir, le 6 juin, un nouvel essai de taxis. Leur tentative n'ayant pas abouti et d'autre part les phénomènes réactionnels (vomissements, pouls, facies) étant peu intenses, des compresses glacées d'abord, puis de la glace sont appliquées sur la tumeur.

La nuit est relativement bonne et le malade n'a que deux vomissements pituiteux.

Le matin, 7 juin, c'est à dire 32 heures après la sortie de la hernie nous constatons dans l'aine du côté gauche une tumeur du volume d'un gros poing d'adulte et occupant tout le scrotum de ce côté. Il existe une légère douleur à la base de cette tumeur. La peau est très tendue.

Du côté du canal inguinal existe un pédicule épais, large, très douloureux à la pression. Cette douleur va en s'accroissant de la partie inférieure du scrotum à la base du pédicule.

Dans toute la partie supérieure du scrotum et au niveau du pédicule existe à la percussion une sonorité très marquée et très franche ; à la partie inférieure, au contraire, et dans des limites plus restreintes, ou trouve de la matité, et au-dessous de la ligne de matité on peut facilement sentir et retrouver le testicule bien distinct de toute cette masse ; mais relié cependant à elle au milieu des éléments du cordon dissocié.

Depuis le début de l'étranglement le malade n'a pas eu la moindre émission gazeuse, pas la moindre selle, et il est à remarquer qu'avant l'accident les garde-robes étaient très régulières et journalières.

Le ventre est très ballonné, la langue est blanchâtre.

Il existe des nausées et des vomissements. Ces vomissements ont d'abord été alimentaires, mais depuis hier ils sont glaireux et pituiteux. Il n'y a pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Le pouls est plein, bondissant, marquant 92. La température est de 37°8. Pas de facies grippé ; pas de refroidissement.

M. le professeur Trélat fait administrer le chloroforme et pratique une seule tentative de taxis très courte, à la suite de laquelle, vu la nature congénitale de la hernie et l'étranglement rapide, il se décide immédiatement à l'opération.

Celle-ci est faite à midi, le jeudi 7 juin, après 33 heures d'étranglement. Incision oblique suivant le trajet du cordon jusque vers son milieu. On aperçoit le sac d'une coloration noirâtre. Une petite incision est faite par laquelle s'échappe un liquide hématique pois-

seux. Le sac est ouvert dans toute son étendue, et même en raison de l'épaisseur des téguments, l'incision primitive est prolongée en haut. On tombe alors sur une anse d'intestin grêle herniée, avec son mésentère, et très fortement congestionnée ; cette anse est très distendue, d'une coloration noirâtre, qu'on pourrait comparer à celle du boudin noir. Cette anse a conservé son poli normal, et n'offre aucune trace de points sphacélés.

L'étranglement très serré, très étroitement appliqué sur le pédicule siège au niveau de l'orifice interne du canal inguinal. Avec l'ongle M. Trélat pénètre dans cet orifice. Avec son bistouri à hernie il pratique un premier petit débridement en haut et en dehors, un autre directement en haut. L'anse et le mésentère sont nettoyés avec soin, et en attirant l'anse au dehors on peut la voir en quelques instants changer de couleur. Sa coloration noirâtre se modifie peu à peu et bientôt la teinte noire a presque complètement disparu pour faire place à une coloration rougeâtre. Au niveau de l'agent constricteur, il n'existe aucune ulcération. Toute l'anse intestinale, bien lavée, est réduite.

M. Trélat fait ensuite avec l'ongle la décortication du sac qui se sépare facilement et il résèque ensuite toute cette portion du sac. Deux sutures profondes sont placées. 14 points de sutures superficiels. Un tube en caoutchouc rouge dans le trajet et un pansement de Lister.

Soir. 5 heures. — Le malade qui quelques instants après la réduction de la hernie avait rejeté des matières brunâtres par vomissement, mais sans odeur caractéristique, n'a pas eu de nouveaux vomissements. Il n'existe aucune douleur abdominale. Le ventre est souple ; soif vive ; pas de gêne respiratoire. Le malade se sent en somme dans un bien-être relatif. Le pouls marque 110. Température 39°8. On pratique une injection de morphine. On lui donne des boissons glacées.

8 *juin.* — La nuit a été agitée. Le malade a eu deux vomissements fécaloïdes. Vers 3 heures du matin le malade a cherché à se lever sentant sa respiration plus difficile.

A 7 heures la dyspnée devient plus considérable. Le malade est dans une agitation continuelle. Il veut à chaque instant se jeter hors de son lit. Sa respiration est anxieuse, pressée ; son pouls est rapide et petit. Il n'y a aucune douleur de ventre ni spontanée ni provoquée. 40 ventouses sèches sont appliquées sur la poitrine. On fait une injection d'éther et on le couvre d'alèses chaudes. A dix heures il y a une véritable *apnée.*

Les mouvemements de la cage thoracique n'ont pas d'amplitude La respiration est brève et saccadée. Il semble qu'il existe comme une sorte de paralysie des muscles respirateurs. Le malade cherche

à se lever continuellement ; sa face est livide. Le pouls n'existe presque plus, et les battements du cœur sont très faibles. Le refroidissement est intense et la peau est marbrée.

Le malade succombe à 10 heures 10 minutes, le 8 juin, 22 heures après l'opération, 2 jours et 7 heures après le début des accidents.

A midi la température rectale était de 40°5.

Autopsie le 9 *juin* 1883.

Les parois abdominales sont infiltrées d'une épaisse couche de graisse. Il en est de même de l'épiploon.

Il n'existe pas trace de péritonite.

Pas de pus dans la cavité abdominale.

Aucune fausse membrane. Pas d'épanchement sanguin.

Les intestins sont très distendus, mais présentent leur coloration normale.

L'anse intestinale herniée, d'une longueur de 30 centimètres est située sur le jejunum à deux mètres de l'orifice pylorique. Elle offre encore une légère coloration rougeâtre, mais son poli est normal et il n'existe aucune perforation.

Les tuniques ne sont pas infiltrées et la muqueuse n'est pas congestionnée. Elle est recouverte d'une couche de mucus, analogue à celui du reste de l'intestin.

La plaie cutanée n'offre aucune boursoufflure ; pas d'infiltration ; aucun œdème. En enlevant les points de suture on peut voir que les bords de la plaie ont déjà contracté des adhérences assez solides. L'orifice interne du canal inguinal n'offre aucune trace d'inflammation.

Les poumons sont congestionnés dans toute leur hauteur. Ils crépitent bien et présentent à la loupe une coloration noirâtre presque gelée de groseille. On ne rencontre aucun abcès, aucune infiltration purulente.

Le foie qui a déjà subi la décomposition cadavérique pèse 1,550 grammes. A la coupe il offre tous les caractères du foie gras.

La rate pèse 140 grammes.

Les reins sont un peu congestionnés. Leur poids est de 140 grammes à gauche, 182 grammes à droite.

Le cerveau présente son aspect normal. Les méninges n'offrent aucune congestion. La pie-mère se détache facilement de la substance cérébrale.

Aucun épanchement ventriculaire.

Discussion.

M. Berger. Cette observation prouve, une fois de plus, la justesse de la loi établie par M. Verneuil, et à l'appui de laquelle j'ai apporté quelques faits, à savoir : la fréquence de la mort par complication pulmonaire, chez les gens atteints de hernie étranglée.

Cette observation démontre encore le danger qu'il y a à renouveler outre mesure les tentatives de taxis, lorsqu'on se trouve en présence d'un étranglement serré : non seulement on s'expose ainsi à produire des désordres locaux, mais encore on augmente la réaction générale, et l'on aggrave les troubles réflexes, de la nature de ceux auxquels a succombé le malade de M. Trélat.

En pareil cas, ce qu'il y a de mieux à faire est encore de s'en rapporter à la règle si nette, si précise, posée par M. Gosselin : Lorsqu'on se trouve en présence d'une hernie irréductible, d'un petit volume, ou d'un volume moyen, faire une tentative de réduction, et si elle ne réussit pas, procéder immédiatement à l'opération.

M. Lucas-Championnière. L'observation de M. Trélat est certainement intéressante, mais comme à côté de ce fait, on pourrait en opposer un certain nombre dans lesquels la hernie a parfaitement guéri, bien qu'elle fût d'origine congénitale, je me demande si nous ne sommes pas là en présence d'une exception, et si nous avons le droit d'incriminer exclusivement la congénialité de la tumeur.

Cette opinion me paraît d'autant plus justifiée, que je suis assez disposé, moi aussi, à attribuer dans une certaine mesure, la mort de ce malade aux tentatives de taxis prolongées, laborieuses, auxquelles il a été soumis.

Ce n'est pas la première fois que je constate l'inconvénient de semblables manœuvres ; depuis longtemps déjà, je suis convaincu que les malades opérés, avant toute espèce de taxis, sont dans de bien meilleures conditions que ceux opérés après un taxis plus ou moins répété.

M. Desprès. Je partage si complètement l'opinion de M. Championnière sur la gravité spéciale du pronostic des hernies préalablement soumises au taxis, que je l'ai publiée depuis de longues années. Les statistiques que j'ai faites à ce sujet, me paraissent démonstratives. C'est même pour cela que je proscris l'emploi du chloroforme, comme adjuvant des manœuvres de taxis.

Quant à la congestion pulmonaire, à laquelle a succombé le

malade de M. Trélat, je crois que l'on peut l'expliquer autrement qu'en invoquant une action réflexe.

Ces congestions s'observent surtout après la réduction des hernies enflammées; or, ces réductions ne peuvent se faire sans que l'on introduise dans le péritoine des produits septiques qui déterminent une péritonite et consécutivement la paralysie des intestins et du diaphragme. La congestion pulmonaire est la conséquence directe de l'inaction du poumon après cette paralysie du diaphragme.

M. Monod. Contrairement à l'opinion de M. Championnière, je crois que les hernies congénitales étranglées sont particulièrement dangereuses, mais je suis de son avis en ce qui concerne la gravité des hernies malaxées. C'est là, d'ailleurs, un fait banal que je n'ai nullement la prétention d'avoir inventé.

En ce qui concerne le chloroforme, j'estime que c'est une faute d'en proscrire l'emploi; donné raisonnablement, dans de bonnes conditions, il facilite singulièrement les manœuvres d'un taxis, qui, fait méthodiquement, modérément, offre des chances sérieuses de succès. Ce n'est qu'après avoir constaté que mes efforts sont vains, que je fais l'opération.

Il va sans dire que si j'apprends que le malade a été malaxé par cinq ou six individus avant son entrée à l'hôpital, je renonce à ces tentatives, et je pratique d'emblée la kélotomie.

M. Lucas-Championnière. Je n'ai pas nié la gravité toute spéciale des hernies congénitales, je me suis borné à dire que le cas de M. Trélat n'était pas très démonstratif à cet égard.

On ne doit jamais oublier, lorsqu'on parle de la gravité spéciale de telle ou telle variété de hernie étranglée, qu'il y a lieu de distinguer les observations déjà anciennes de celles prises à l'époque actuelle. Il n'y a pas longtemps de cela, la guérison d'une hernie étranglée quelconque était une exception; aujourd'hui, c'est la règle. Rien ne dit, par conséquent, que les hernies congénitales, bénéficiant des progrès accomplis, ne deviennent, elles aussi, relativement faciles à guérir. L'observation de M. Trélat tendrait à prouver le contraire, mais je répète qu'elle n'a pas une très grande valeur, en raison de l'influence qu'a pu jouer le taxis prolongé sur la terminaison fatale.

M. Trélat. L'explication de la congestion pulmonaire que vient de nous donner M. Després ne saurait être applicable à mon cas particulier, puisque — et j'ai insisté à ce sujet dans l'observation — l'autopsie ne nous a révélé aucune trace d'inflammation péritonéale, septique ou autre.

M. Berger nous a énoncé une proposition qui ne me paraît pas très exacte, et que je désire rectifier. M. Gosselin, tout le monde ici en est convaincu, a beaucoup fait pour les hernieux, et pour ma part, dans mes leçons à l'école, je n'ai pas manqué de développer longuement ses doctrines au sujet de la nécessité de réintégrer, par le taxis ou autrement, toutes les hernies irréductibles. Mais ce que M. Gosselin n'a pas indiqué avec la même fermeté, la même netteté, tout au moins, c'est le principe de l'intervention précoce que j'ai essayé de faire prévaloir au sujet des hernies congénitales exposées, de par leur constitution anatomique, à s'étrangler serrées d'emblée.

Si j'ai publié les observations qui démontrent la réalité de ce phénomène, c'est justement afin d'introduire dans la pratique cette idée, que le médecin mis en présence d'une hernie congénitale étranglée doit bien plus se tenir en défiance que s'il s'agissait d'une hernie ordinaire ; c'est afin qu'il sache que c'est surtout avec de semblables hernies qu'il ne faut pas abandonner le malade sans avoir réduit sa tumeur.

En ce qui concerne l'hypothèse d'une malaxation exagérée de la hernie de mon malade, c'est là une opinion qui n'est pas justifiée. Je connais la prudence des médecins qui ont eu ce malade entre leurs mains, et c'est là un premier argument qui a bien sa valeur : il n'est d'ailleurs pas le seul. Il est certain, en effet, que si on était allé au delà de ce qui est légitime, j'aurais trouvé pendant mon opération des traces de contusion, des ecchymoses, des épanchements sanguins entre les enveloppes, ou même dans le sac.

Or, comme je n'ai rien trouvé de semblable, cela me paraît suffisant pour démontrer que le taxis n'a pas dépassé les limites permises.

Mais je vais plus loin ; je dis que le malade a été traité très convenablement, si l'on se place au point de vue des règles classiques de la thérapeutique des hernies étranglées ordinaires ; la tumeur était volumineuse, la réaction qu'elle déterminait était modérée, les vomissements peu abondants n'étaient nullement fécaloïdes, aussi avait-on parfaitement le droit d'attendre trente-deux heures, ce qui est habituellement un délai assez court, et la seule manière d'expliquer pourquoi le résultat n'a pas répondu aux prévisions des chirurgiens qui ont vu le malade avant moi, c'est que justement les hernies congénitales, pour les raisons que je vous ai indiquées, ne sont pas des hernies ordinaires. Les indications qu'elles présentent sont différentes, par conséquent, de celles qui sont suivies habituellement.

En ce qui concerne le chloroforme appliqué à la réduction des hernies, je m'en déclare très partisan, convaincu que le taxis est

Paris, Soc. d'imp. PAUL DUPONT, 41, rue J.-J.-Rousseau. *Le gérant* : G. MASSON.

bien plus efficace lorsqu'on le pratique sur un malade dont les muscles sont mis en état de relâchement par l'anesthésique. Ce n'est jamais qu'après avoir constaté l'impossibilité de réduire dans ces conditions, que le chirurgien a le droit de sortir sa trousse et de faire l'opération.

M. Berger. Je me sépare de M. Trélat en ce qui concerne l'appréciation du cas particulier. Contrairement à lui, je crois que l'on a perdu beaucoup de temps...

M. Trélat. Dites, si vous voulez, qu'il s'est perdu beaucoup de temps, mais ajoutez qu'il s'en perd toujours, lorsqu'on se trouve en présence de cas semblables.

M. Berger. Un médecin qui se trouve en présence d'une hernie devenue subitement irréductible, doit essayer le taxis. S'il ne réussit pas, il doit prendre immédiatement ses dispositions pour renouveler ses tentatives au moyen du chloroforme, et s'il échoue encore, il doit de suite opérer ou faire opérer son malade.

Lorsqu'il s'agit de hernie étranglée, quelques heures perdues ne sont que trop souvent la perte du malade.

En ce qui concerne l'opinion émise par M. Gosselin sur le sujet qui nous occupe, elle est exprimée dans son livre de la manière la plus formelle.

M. Desprès. Lorsque l'on est appelé près d'un malade atteint de hernie étranglée, la première chose à faire est de le placer dans un bain, et si l'on a la chance d'arriver moins de six heures après l'accident, on obtiendra constamment la réduction à l'aide du taxis simple, sans chloroforme. Dans toute autre circonstance, la seule chose à faire, si l'on n'obtient pas la réduction par les mêmes moyens, c'est d'opérer.

Tout autre conseil, quel qu'il soit, est un mauvais conseil, et sera cause d'un grand nombre de décès de hernieux.

M. Gosselin, cela est certain, a fait faire un pas énorme à la thérapeutique des hernies étranglées, mais on ne peut nier que, sous certains rapports, il n'ait nui à cette même thérapeutique en se montrant un chaud partisan du taxis prolongé sous ses diverses formes, avec ou sans le chloroforme et le purgatif d'attente.

Je crois, d'ailleurs, que M. Gosselin est revenu de l'opinion qu'il professait à l'égard du taxis, et qu'il ne l'emploie aujourd'hui qu'avec une certaine réserve.

M. Marc Sée. L'emploi du chloroforme dans la réduction des hernies, me paraît très rationnel et j'en suis partisan. Cependant, je tiens à déclarer que, personnellement, je n'ai jamais, jusqu'à pr é-

sent, réduit, à l'aide du chloroforme, une hernie reconnue irréductible par d'autres procédés.

Je désirerais savoir si quelques-uns de nos collègues ont été plus heureux.

M. Berger. J'ai obtenu plusieurs réductions dans ces conditions.

M. Trélat. Il m'est arrivé également de réduire avec le chloroforme une hernie irréductible par d'autres moyens, mais je dois reconnaître que les succès de ce genre ne sont pas fréquents.

Cette rareté dans la réussite n'est pas une raison pour abandonner le procédé, et cela d'autant mieux que la chloroformisation n'est, en somme, que le premier temps de l'opération avec le bistouri.

Les paroles de M. Després, relativement à M. Gosselin, sont injustes, j'ai contesté, et je conteste encore, dans une certaine mesure, que M. Gosselin ait formulé avec toute la netteté désirable, le principe de réduire ou d'opérer séance tenante, mais on ne saurait trop répéter que c'est à lui surtout, que nous devons la réaction qui s'est élevée contre la doctrine de la péritonite herniaire, si brillamment défendue par Malgaigne. Or, je n'ai pas besoin de rappeler combien cette doctrine était pernicieuse. Pour mon compte je me rappelle qu'il y a quelque vingt-trois ans, imbu des idées de cette époque, j'ai laissé mourir sans l'opérer, une femme qui portait une hernie étranglée que je croyais n'être qu'une péritonite herniaire.

Inutile de dire que, depuis ce temps, j'ai abandonné, dans la grande majorité des cas du moins, l'hypothèse des hernies enflammées contre laquelle M. Gosselin commençait déjà à s'élever.

Il n'est pas étonnant qu'un maître, qui s'était avancé avec tant d'audace contre une opinion admise par tous, n'ait parcouru d'emblée toute la voie inverse, et nous ait laissé le soin de forcer un peu sur la note qu'il avait donnée.

M. Després. Ce que je reproche surtout à M. Gosselin, c'est d'avoir défendu le taxis prolongé.

M. Trélat. Justement, ce mot de taxis prolongé exprime admirablement le sens de la réaction dont M. Gosselin est l'auteur.

A l'époque dont je parle, alors qu'on ne voyait qu'inflammation herniaire, cela a été une véritable inspiration que de dire : Mais non, il ne s'agit pas d'inflammation ; et la preuve, c'est que, quand par un taxis prolongé vous réduisez la hernie, votre malade ne succombe pas à une péritonite.

Lecture.

M. le Dr Houzel donne lecture d'une observation intitulée : *Chondr ome kystique du cou.* — Extirpation, guérison.

Son travail est renvoyé à l'examen de M. Nepveu.

Présentation d'instrument.

M. Championnière présente des *drains nouveaux en aluminium, celluloïde, caoutchouc durci*, et communique la note suivante :

Sur quelques instruments nouveaux destinés au drainage.

J'avais espéré vous faire une communication un peu plus importante sur le drainage, mais les charges de notre ordre du jour ne me l'ont pas permis, et je veux au moins vous présenter quelques types de tubes à drainage qui me paraissent destinés à amener un progrès important dans le traitement des plaies.

Le résultat du drainage ne doit plus être aujourd'hui tout à fait celui que rechercha Chassaignac lorsqu'il produisit sa précieuse invention. C'était une voie d'écoulement du pus qu'il cherchait, de ce pus qui était le compagnon habituel, nécessaire de la réparation. Les longs tubes en anses multipliées, les contre-ouvertures et les injections formaient la base fondamentale du drainage; et les grands tubes gris que tout le monde emploie encore, constituent l'assez médiocre outillage que nous avons tous entre les mains.

Cependant, avec la méthode antiseptique, le drainage devient partie intégrante de tous les pansements. Ici, il n'y a plus de pus ; on ne le rencontre que lorsque la méthode a échoué; mais l'écoulement d'une quantité notable de sérosité est un phénomène nécessaire, si on veut éviter toute tension et la suppuration irritative derrière les réunions très soignées faites partout.

Déjà M. Lister a montré qu'on drainait mieux avec des tubes à paroi résistante, que l'on place debout, que l'on nettoye à chaque pansement, et il recommande le caoutchouc noir ou rouge, qui ne contient pas de soufre en excès et ne contracte pas de mauvaise odeur au contact des matières organiques.

J'ai vu aussi, dans le cours d'un voyage à Vienne, Billroth employer des drains beaucoup plus volumineux que les nôtres, et j'ai constaté combien ce drainage jouait un rôle important dans la réunion, malgré un système antiseptique un peu insuffisant.

Depuis que je fais de la chirurgie antiseptique, j'ai d'abord proscrit les tubes gris, puis tous ceux dont la paroi était mince. J'ai

choisi pour les amputations et pour les opérations qui forment une large plaie saignante, d'énormes drains rouges de 1 centimètre 1/2 de diamètre que voici, à paroi épaisse et incompressible (4, *fig.* 2). Puis j'ai cherché des moyens nouveaux de drainage.

Je voulais trouver des drains incompressibles pour résister à la compression exercée d'habitude sur les pansements, permettant d'éviter, dans beaucoup de cas, les sutures profondes si difficiles à manier.

Je voulais aussi une paroi de drain plus lisse au dedans et au dehors parce que le drain draine autant au moins par sa face externe que par sa face interne. Je voulais encore une paroi moins épaisse pour avoir un canal considérable, et cependant une substance assez résistante pour permettre de multiplier les trous de drainage.

Il était indiqué de revenir à la canule métallique des anciens, et je fis faire des tubes métalliques. Mais au lieu de choisir l'argent peu maniable, je fis choix de l'aluminium, et pendant une année j'ai beaucoup employé les tubes d'aluminium.

J'avais fait faire des tubes de trois calibres (*fig.* 1). Les tubes

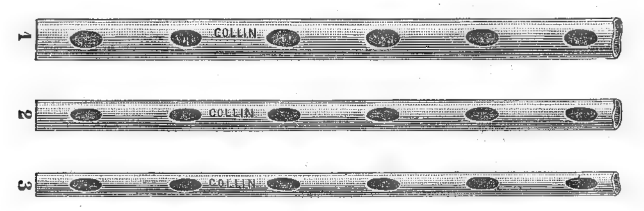


Fig. 1.

se taillent au couteau comme on taille un crayon. On en polit l'extrémité avec une râpe et on les place comme toujours debout dans la plaie.

Le drainage est excellent. Le métal est si léger qu'on ne le sent pas dans la plaie. Il n'est pas altérable comme l'argent. Le drain ne coûte pas sensiblement plus cher que les beaux drains de caoutchouc. A calibre égal il est peu volumineux. On peut le purifier par la chaleur.

Il n'a qu'un inconvénient, il est d'une rigidité trop grande, son extrémité est un peu coupante, on risquerait, la compression aidant, de blesser des vaisseaux, s'il était placé dans leur voisinage. Lorsque après avoir enlevé le tube pour le laver on le remet en place, on détermine quelquefois une petite douleur.

J'ai voulu ensuite utiliser une substance très répandue dans le commerce : la celluloïde, douce au toucher, très lisse, très propre en apparence à faire de bons drainages.

J'ai fait faire des tubes fenêtrés légèrement coniques, ayant, en petit, la forme des spéculums de Fergusson.

Voici quelques échantillons de ces tubes. Ils sont, comme vous voyez, transparents, très jolis d'aspect; le drainage est excellent, le tube bien supporté. Malheureusement la celluloïde est une substance altérable. Un séjour prolongé dans une solution phéniquée forte ramollit ces tubes, les dépolit légèrement. Ils perdent leur transparence. La celluloïde décomposée abandonne un peu de camphre qui donne au tube une odeur caractéristique.

Le tube, revenant à un prix relativement élevé, je me suis contenté d'un certain nombre de ces tubes que j'emploie de temps à autre pour faire un emploi plus général d'une autre substance qui m'a donné d'excellents résultats: le caoutchouc durci.

M. Collin qui m'avait fait construire les tubes en celluloïde m'a fait construire sur le même modèle des tubes en caoutchouc durci. Je vous présente trois tubes de volume et de longueur différents que j'ai aujourd'hui beaucoup employés.

Ces tubes ont une paroi lisse, très douce au toucher. Leur forme

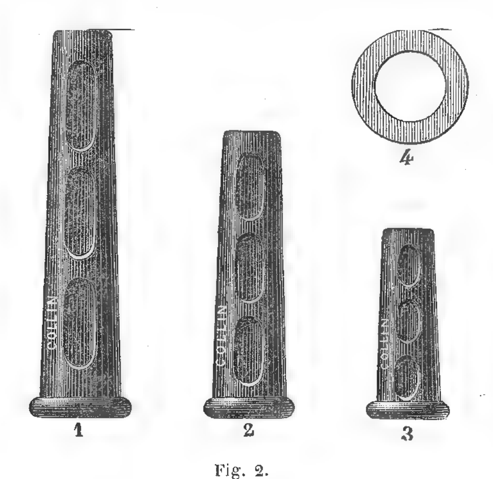


Fig. 2.

légèrement conique rend leur pénétration dans l'interstice des tissus plus facile que pour les tubes seulement cylindriques. Aux pansements successifs on remplace le gros tube par le moyen, et plus tard le moyen par le petit.

Un petit rebord les maintient hors de la plaie. On les fixe, si on veut, avec un fil, comme tous les tubes à drainage.

Ils sont rigides; partout, quelle que soit la compression exercée sur la région, ils continuent à drainer. Cependant ils sont assez mous et doux pour ne blesser la plaie ni même déterminer aucune douleur. Leur séjour dans l'acide phénique ne les altère ni

ne les dépolit. On peut même les passer à l'eau bouillante. Par conséquent on est sûr de les purifier, et on peut, en quelque sorte, s'en servir indéfiniment. Avec quelques séries de ces tubes on subviendrait pendant bien longtemps aux besoins d'un grand service.

Le drainage, par ces tubes, me paraît un grand progrès ; leur forme conique et l'état lisse de leurs parois jouent un grand rôle dans cette amélioration.

Ce n'est pas à dire pour cela que j'aie abandonné les tubes de caoutchouc. M. Galante a préparé pour moi des tubes de différentes longueurs et de différents calibres de même nature que les belles sondes rouges qu'il est arrivé à produire. La paroi de ces tubes est très résistante ; on peut, sans l'affaiblir, y pratiquer des ouvertures plus larges et plus nombreuses que sur les drains ordinaires ; même pour les gros drains les ouvertures sont polies avec soin pour permettre un meilleur écoulement. J'ai été très satisfait de ces drains, en particulier de ceux de petits calibres qu'il est si rare d'obtenir satisfaisants.

Je crois qu'avec cet arsenal on peut répondre à toutes les indications du traitement des plaies. Ces indications me paraissent pouvoir être ainsi résumées :

Dès le début, drainer par une voie large ;

Diminuer très rapidement le calibre et la longueur du drain ;

Exercer une compression suffisante pour accoler les parties qui étaient soulevées d'abord par le gros drain ;

Assurer le fonctionnement du drain par le nettoyage.

La séance est levée à 5 heures 20 minutes.

Le secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 8 août 1883.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine.* — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie ;*

2° M. Bertin de Gray, adresse une observation intitulée : *Abcès du rein; néphrotomie.*— (Rapporteur : M. Richelot.)

A propos du procès-verbal.

M. Berger. Dans la dernière séance, M. Desprès a adressé à la pratique recommandée par M. Gosselin en cas de hernie étranglée, des critiques assez vives. M. Desprès, a plusieurs reprises, a voulu représenter M. Gosselin comme partisan du taxis forcé au préjudice de l'opération; d'autre part, il pense avoir établi, par sa statistique de l'hôpital Cochin, que le chirurgien, appelé pour une hernie étranglée, ne doit quitter le malade que quand la hernie est rentrée.

Ce principe, malgré les quelques exceptions qu'il comporte, est reconnu aujourd'hui de tous les chirurgiens, mais il avait été proclamé de la façon la plus nette, bien avant les publications de M. Després, par M. Gosselin lui-même. Cet auteur, en effet, dans ses *Leçons sur les hernies abdominales*, parues en 1865, résumant les règles applicables au traitement de l'étranglement herniaire, s'exprime ainsi (p. 265) : « La règle, en pareil cas, est de ne pas quitter le malade avant que la hernie ne soit rentrée » ; et il s'agit ici de hernies étranglées depuis moins de vingt-quatre heures. (M. Berger lit plusieurs passages du livre de M. Gosselin, où ce chirurgien dit expressément que l'opération doit être toujours faite aussitôt après une tentative unique de taxis avec chloroforme.) Je regrette que M. Després ait été chercher ses notions, sur la conduite recommandée par M. Gosselin, dans les écrits de quelques-uns de ses élèves, plutôt que dans l'ouvrage, actuellement classique, où ce professeur a exposé ses opinions et sa pratique.

M. Desprès. Je ne me suis jamais attribué cette proposition : Ne pas quitter une hernie étranglée avant d'avoir réduit l'intestin par le taxis ou la kélotomie. Il y a des siècles que les bons chirurgiens ont enseigné cela. Ce qui m'appartient c'est cet axiome : *Le taxis aggrave le pronostic des hernies étranglées qu'il ne réduit pas.*

Personne, plus que moi, ne rend hommage à M. Gosselin, mais la bonne foi exige que je dise ce que j'ai dit.

M. Gosselin lui-même [1], et par son élève Delaunay [2], de 1859 à 1863, a préconisé ce taxis prolongé avec le chloroforme, et il le

[1] Gosselin, *Arch. de méd.*, t. XVII, 4e série, 1859.
[2] Delaunay, *Gaz. méd.*, 1861.

préconise encore pour les hernies un peu grosses. Je dis que ce taxis a été un enseignement dangereux.

Enfin, ce qui ne l'est pas moins, c'est ce que M. Gosselin appelle le purgatif d'attente. Ce purgatif, administré avant le taxis ou la kélotomie, est une dangereuse pratique contre laquelle on ne saurait trop s'inscrire ; il faudrait le rayer des leçons de M. Gosselin.

Rapport.

Sur un mémoire de M. Vieusse, médecin-major de première classe, à l'hôpital militaire d'Oran, intitulé : *Contribution pour servir à l'étude de l'influence du traumatisme sur le paludisme*,

Par M. L.-J. Richelot.

Messieurs,

L'influence du traumatisme sur le réveil des accès paludiques est admis aujourd'hui par tous les chirurgiens. M. Vieusse, dans le travail dont j'ai à vous rendre compte au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Nepveu et Richelot, rapporteur, se borne à confirmer ce fait, devenu presque banal, par une série de cinq observations qu'il a recueillies pendant un séjour de trois années en Algérie.

D'après notre confrère, les agents traumatiques peuvent atteindre l'organisme entaché d'infection paludéenne dans trois conditions différentes :

1° Le blessé, au moment où agit la cause traumatique, est atteint de fièvre intermittente ;

2° Il a été jadis exposé au miasme paludique, mais jamais il n'a manifesté ostensiblement l'atteinte qu'il a subie ;

3° Enfin il a souffert de la fièvre, mais, au moment du traumatisme, il est dans un bon état de santé, aucun accès n'a paru depuis un temps plus ou moins long.

Les observations qui se rapportent aux deux premières catégories sont rares ; mais nous voyons souvent les malades du troisième groupe. Tels sont ceux dont M. Vieusse nous a raconté l'histoire.

Sur les cinq cas renfermés dans ce mémoire, il y en a quatre dont la signification ne semble pas douteuse. Il s'agit d'accès ntermittents qui, chez des sujets notoirement paludiques, se sont réveillés à la suite d'un traumatisme opératoire ou accidentel : amputation de la jambe, ablation d'une tumeur de l'aisselle par le hermo-cautère, contusion de la jambe, entorse tibio-tarsienne, e

dont le sulfate de quinine a eu facilement raison. Mais l'observation II n'est peut-être pas absolument démonstrative : elle a trait à un malade qui ne parlait pas français, et sur lequel on n'avait aucun renseignement; impossible de savoir s'il était paludique. L'amputation de la jambe ayant été pratiquée pour une tumeur blanche tibio-tarsienne, l'opéré eut un violent frisson dans la nuit, 39°,8 le lendemain matin et 38°,7 le soir, puis il mourut la seconde nuit, et l'auteur ajoute : « Les renseignements qui nous furent donnés par l'infirmier nous portèrent à croire que le malade avait succombé à un accès pernicieux. » Ces détails nous paraissent quelque peu insuffisants; mais nous ajoutons que, dans l'espèce, l'hypothèse de l'auteur est tout ou moins fort plausible.

L'auteur conclut sagement que le paludisme se réveille sous l'influence des blessures même légères, même longtemps après la dernière atteinte de la fièvre intermittente; il ajoute que, dans les faits qu'il a vus, le retour de la fièvre ne s'accompagne pas de glycosurie, ce qui ne prouve rien pour les autres; que la fièvre ainsi rappelée par un traumatisme est facilement et promptement guérie par le sulfate de quinine, ce qui est vrai, seulement pour la majorité des cas; enfin, qu'elle peut revêtir la forme pernicieuse et devenir mortelle, quoique rien dans les accès antérieurs n'ait pu le faire prévoir, conclusion vraie en elle-même, qui s'appuie sur l'observation douteuse signalée plus haut.

En résumé, sauf ces quelques réserves, le travail de M. Vieusse contient des faits exacts et intéressants. Au premier abord, on pourrait leur adresser le reproche déjà connu, et de ne contenir aucun enseignement bien nouveau. Mais il faut se rappeler que les livres classiques ne font aucune mention des faits de cette nature, et qu'aujourd'hui encore ils sont loin d'être familiers à un bon nombre de praticiens. On ne saurait donc trop s'attacher à recueillir des observations de cet ordre, jusqu'au jour où elles seront devenues vulgaires, et les travaux semblables à celui que nous a présentés M. Vieusse méritent à tous égards d'être encouragés.

Nous vous proposons, Messieurs, d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer honorablement son travail dans nos archives.

M. Verneuil. Les observations de M. Vieusse sont d'autant plus intéressantes, que les livres classiques ne parlent pas de l'influence du traumatisme sur le paludisme. Il serait donc à désirer que les médecins et chirurgiens qui exercent dans les pays ou les fièvres intermittentes existent, recueillissent des faits semblables à ceux que M. Vieusse vient d'envoyer; c'est à l'aide de ces documents que l'on pourra un jour élucider le problème qu'il s'agit de résoudre.

La cinquième observation de M. Vieusse, au sujet de laquelle M. le rapporteur a cru devoir faire des réserves, pourrait bien être un cas de fièvre pernicieuse. Le malade a succombé au bout de trente-six heures, après un violent accès de fièvre. Or, ni la pyohémie, ni la septicémie, ni le *choc* opératoire, ne tuent dans un si court espace de temps. D'ailleurs, cette mort rapide a été déjà observée plus d'une fois chez des paludiques, à la suite d'une opération.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

M. Berger lit un rapport sur un travail de M. le Dr Bouilly, intitulé : *Coup de pied de cheval. Rupture de l'intestin grêle, sans contusion des parois abdominales; péritonite suraiguë; laparotomie; résection et suture de l'intestin ; mort au 10e jour.*

L'observation que vous a communiquée M. Bouilly devant trouver place dans nos bulletins, je ne ferai que vous en retracer très sommairement les principaux faits, me réservant d'insister plus particulièrement sur les conclusions que l'auteur en a tirées et d'entrer à sa suite dans la discussion d'indications chirurgicales fort délicates et bien dignes d'attirer votre attention.

Voici en résumé le fait dont il s'agit :

Un homme reçoit un double coup de pied de cheval dans la région épigastrique, au-dessous de l'ombilic. A ce moment, il ressent une douleur extrêmement vive dans le ventre, il ne peut marcher, et on le porte à l'hôpital.

Le soir de l'accident, l'interne constate les débuts d'une péritonite, et le lendemain matin, au moment de la visite, M. Bouilly se trouvait en effet en présence d'une péritonite confirmée, accompagnée de symptômes graves : facies grippé, pouls petit, vomissements verdâtres incessants, affaiblissement considérable, etc. Notons, cependant, pour y revenir tout à l'heure, qu'il n'y avait que fort peu de météorisme.

Après l'examen attentif du malade, le chirurgien conclut à une rupture de l'intestin, et, séance tenante, considérant la perte du malade comme certaine, si on n'intervient pas, il se décide à pratiquer la laparotomie afin d'aller à la recherche de la plaie intestinale. Son intention était de débarrasser le péritoine des matières irritantes qu'il devait contenir, puis ensuite de suturer les deux bouts de l'intestin lésé.

Dès que le ventre eut été ouvert, l'intestin fut attiré au dehors et dévidé, ce qui permit d'arriver sur la lésion présumée. Elle était double et consistait, d'une part, en une escarre brun foncé sur le point de se détacher, et en une perforation de l'étendue d'une pièce de dix sous, à bords déchiquetés, ecchymosés, noirâtres.

Comme ces deux foyers de contusion étaient très rapprochés l'un de l'autre, M. Bouilly fit la résection de l'anse qui les supportait, en ayant soin de comprendre, dans l'incision, un lambeau de mésentère en forme de coin. Ceci fait, après ligature mésentérique préalable, le bout supérieur de l'intestin fut vidé aussi complètement que possible, et on sutura les deux bouts de l'intestin à l'aide de 26 ou 27 sutures de Lembert. On fit alors la toilette du péritoine, et on réunit la plaie abdominale, sans s'inquiéter autrement de l'anse intestinale suturée.

L'opération fut suivie d'une amélioration considérable, les symptômes de la péritonite persistèrent, il est vrai, pendant deux ou trois jours, mais en s'amendant graduellement. Les vomissements s'espaçaient de plus en plus, l'état général du malade se relevait à vue d'œil, la sensibilité disparaissait peu à peu, etc., etc.

Le troisième jour après l'opération, le malade eut une débâcle intestinale, mais en même temps, la plaie abdominale se rouvrit, et donna issue, elle aussi, à une certaine quantité de matières fécales. Les jours suivants, les garde-robes étaient rendues à peu près en partie égale par l'anus et par la fistule abdominale. Malgré complication, l'état général du malade s'améliorait de jour en jour. Cette amélioration fut même tellement manifeste que dès le dixème jour, M. Bouilly songeait déjà à traiter l'anus contre nature.

A cet effet, il explora tout d'abord l'orifice accidentel, afin de se rendre compte de la situation des deux bouts de l'intestin, ainsi que de l'existence ou de la non-existence d'un éperon. Cette exploration fut faite avec le doigt : inutile de vous dire avec quelles précautions elle fut pratiquée ; tous ici nous connaissons suffisamment le tact chirurgical de M. Bouilly, pour pouvoir affirmer qu'il a mis la plus grande délicatesse dans ses manœuvres. Et cependant, le soir même, le malade était repris de vomissements, il succombait le lendemain aux suites d'une péritonite suppurée, que notre collègue, avec une bonne foi et une honnêteté que nous ne saurions trop louer, attribue à l'exploration intempestive à laquelle il s'était livré !

L'autopsie révéla l'existence de la péritonite généralisée, cause de la mort, mais elle permit en outre de constater que les deux bouts de l'intestin, suturés le lendemain de l'accident initial,

s'étaient séparés, et que cette séparation remontait déjà à une date éloignée, bien antérieure, en tous les cas, à l'époque de l'accident terminal. Les sutures avaient prématurément cédé, mais auparavant, il s'était formé au pourtour de l'anse coupée, entre elle, les anses voisines et la paroi abdominale, une série d'adhérences, suffisantes pour s'opposer au passage des matières dans le ventre. Malheureusement ces adhérences étaient peu solides, et c'est pour cela que l'une d'elles avait pu être rompue par le doigt du chirurgien.

La première question que soulève l'examen de ce fait est relative à l'indication saisie par M. Bouilly d'ouvrir le ventre du blessé pour chercher et réséquer le point malade et suturer les deux bouts de l'intestin divisé.

Pour pratiquer une opération de cette nature, deux conditions sont absolument indispensables :

1° Etre certain que l'intestin a bien réellement été rompu ;

2° Etre convaincu, en outre, que cette rupture est fatalement mortelle si on n'intervient pas.

En ce qui concerne ce dernier point, il y a quelques réserves à faire, mais ainsi que vous allez le voir, elles ne sont pas de nature à arrêter le chirurgien.

L'immense majorité des observations de rupture intestinale, avec intégrité de la paroi, indique que la terminaison a été fatale. Il existe cependant çà et là, dans la science, quelques cas de guérison.

C'est ainsi que nous avons le cas célèbre de Jobert de Lamballe (*Traité théorique et pratique des maladies chirurgicales du canal intestinal*, Paris, 1829, t. I). Un charretier était tombé sous sa voiture dont la roue lui avait passé sur le ventre; il en était résulté une grave péritonite, qui était guérie depuis deux mois, lorsque survint une hémoptysie qui entraîna la mort.

L'autopsie confirma le diagnostic de perforation intestinale ancienne, et permit de constater que la guérison était le résultat de l'interposition, entre les lèvres de la plaie, d'un petit lambeau d'épiploon, qui avait contracté des adhérences avec la tunique séreuse de l'intestin.

Ce cas est le seul qui ait été vérifié par l'autopsie, mais cela ne veut nullement dire que les guérisons ne soient pas plus fréquentes ; on conçoit, en effet, que, si le malade guérit, comme on le perd de vue, il reste toujours un certain doute sur l'exactitude du diagnostic porté.

Renaut, dans sa thèse en 1862, et Poland rapportent chacun un fait dans lequel la péritonite par perforation parut incontestable, si l'on s'en rapporte tout au moins à la gravité des symptômes

observés, et cependant le malade guérit. Le cas cité par Poland est le seul qu'il ait rencontré sur 64 cas rassemblés par lui dans un mémoire très remarquable qu'il a écrit sur la question (*Guy's Hosp. rep.*, 1858).

Ainsi donc, vous le voyez, s'il est rationnel d'admettre théoriquement la guérison spontanée des perforations intestinales, ces guérisons sont tellement rares, que l'on ne peut compter sur elles, et qu'au point de vue clinique, on doit considérer la mort comme certaine. Cette considération suffit à démontrer que non seulement on est autorisé, mais que l'on est moralement obligé d'agir, lorsque le diagnostic a été posé.

Mais ce diagnostic est-il possible dans tous les cas ? C'est là ce qu'il nous reste à examiner.

Dans le cas particulier, les signes classiques de la péritonite par perforation, ainsi que je l'ai déjà dit, ont pu être constatés, à l'exception toutefois de météorisme ; M. Bouilly n'a pas noté cette sonorité superficielle, cette distension rapide du ventre, signes importants et sur lesquels Jobert (*loc. cit.*) a si vivement insisté. Cette circonstance, cela est certain, était bien faite pour inspirer le doute, mais c'est à juste titre qu'elle n'a pas paru suffisante pour arrêter le chirurgien. C'est qu'en effet, le métorisme produit par les plaies intestinales, quelle que soit sa valeur, n'a pas la valeur pathognomonique que lui attribuait Jobert. De nombreuses observations sont venues démontrer que les assertions de ce chirurgien étaient trop absolues, et que le ventre des individus atteints de perforation intestinale, pouvait fort bien ne pas se ballonner lorsque les parois abdominales très résistantes ne se laissaient pas distendre, ou bien encore dans les cas encore assez fréquents où les intestins ne contenaient que fort peu de gaz au moment de l'accident.

Mais, nous dira-t-on, puisque vous contestez la valeur du météorisme, dans les plaies de l'intestin, cette lésion n'a plus de signe pathognomonique, et dès lors, ne doit-on pas craindre que le diagnostic certain ne soit impossible, alors cependant qu'il serait le plus utile de le porter, c'est-à-dire dès le début de la péritonite ?

Cette objection, M. Bouilly l'a prévue, aussi son mémoire contient-il des développements sur le diagnostic différentiel des lésions profondes qui peuvent être la conséquence d'une violente contusion abdominale.

Cette contusion peut déterminer une rupture des reins, de la rate, des gros vaisseaux, et une péritonite doit être ultérieurement la conséquence de ces lésions, tout comme lorsqu'il s'agit d'une rupture intestinale. Mais on pourra éviter l'erreur en tenant compte

des symptômes qui ont suivi de près le traumatisme, en particulier des symptômes généraux qui sont la conséquence des hémorragies intra-abdominales abondantes.

La rupture de la vésicule biliaire est peut-être plus difficile à reconnaître. Toutefois, certains détails permettront de rejeter également cette hypothèse. C'est d'abord cette considération, bien incertaine, il est vrai, qu'au moment de l'accident, le malade n'était atteint d'aucune maladie des voies biliaires; c'est ensuite l'examen des matières rendues par les vomissements. M. Bouilly a tiré un excellent parti de ce mode d'exploration : la présence d'une grande quantité de bile, dans les matières vomies par son malade, lui a paru, à juste titre, la démonstration de l'intégrité de la vésicule.

Enfin, dernière considération qui a bien sa valeur, l'erreur que l'on commettrait en croyant à une rupture intestinale, alors qu'il s'agirait d'une rupture de la vésicule, ne serait pas très préjudiciable pour le malade. Quelques observations d'ablations de la vésicule biliaire, publiées depuis ces derniers temps, ont paru démontrer que cette opération n'est pas aussi dangereuse qu'on pourrait le croire, et comme la rupture traumatique de la vésicule est, pour le moins, aussi grave que la rupture intestinale, il y a lieu de se demander si la laparotomie n'est pas applicable aux deux cas. Une fois le ventre ouvert, la rupture de la vésicule serait traitée, soit par l'ablation de cet organe, soit par la création d'une fistule biliaire.

Mais il est un point du diagnostic que M. Bouilly n'a pu exclure, et que je doute fort qu'on puisse jamais exclure formellement en pareille circonstance, c'est celui d'une déchirure superficielle du foie.

Les déchirures profondes, intéressant les vaisseaux de gros calibre, s'accompagnent d'hémorragie grave que l'on reconnaît facilement, et je n'y insisterai pas. Les choses sont tout autres, lorsqu'il s'agit de ces déchirures superficielles qui s'accompagnent d'un écoulement de sang et de bile, insuffisant pour déterminer des accidents immédiats caractéristiques, mais suffisant pour déterminer une péritonite, comparable à la péritonite par perforation intestinale, surtout lorsque cette dernière ne s'accompagne pas de météorisme intense, et qu'elle n'a pas cette marche foudroyante que vous connaissez tous.

Ce diagnostic, cependant, est de la dernière importance, puisque la laparotomie ne saurait, en aucune façon, avoir sa raison d'être lors de rupture superficielle du foie. En conséquence, on ne devra négliger aucune des circonstances qui peuvent mettre le chirurgien sur la voie d'un semblable diagnostic.

En premier lieu, on devra tenir compte de la région sur laquelle a porté le traumatisme. En 1870, Longuet, étudiant dans un travail lu à la *Société anatomique* les ruptures de l'intestin, fit une série d'expériences qui lui permirent de conclure que ces ruptures se produisaient surtout à la suite de traumatismes portant sur la ligne médiane, c'est-à-dire lorsque l'intestin se trouvait serré entre le corps vulnérant et la colonne vertébrale. Les ruptures du foie, cela va sans dire, se rencontrent, au contraire, à la suite d'un choc sur la région hépatique, c'est-à-dire en dehors de la ligne médiane.

Ce signe a une très grande valeur, lorsque l'on trouve sur le ventre des traces de contusion produite par le traumatisme; malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi, et l'on n'a trop souvent, pour se guider, que les renseignements fournis par le malade; or, il ne faut guère compter sur ces commémoratifs, le blessé étant presque toujours incapable de se rendre compte de ce qui s'est passé.

Ainsi, vous le voyez, le diagnostic qui a été porté par M. Bouilly n'est pas toujours chose facile, et bien souvent l'incertitude dans laquelle se trouvera le chirurgien l'obligera à s'abstenir.

Ceci dit, j'ajouterai que M. Bouilly est le premier, que je sache, qui, à la suite d'une contusion de l'abdomen, ait ouvert le ventre pour aller à la recherche d'un intestin blessé, qu'il a suturé et réduit ensuite. Il faut reconnaître, toutefois, que M. Bouilly a été conduit à cette opération par une série d'antécédents qu'il est bon de rappeler. C'est d'abord, et avant tout, l'habitude qui tend à s'établir de plus en plus dans la pratique chirurgicale, et qui consiste à faire la laparotomie toutes les fois que l'on se trouve en présence d'une lésion abdominale grave. Longuet, le premier, je crois, a posé, dans le travail que je viens de citer, le principe qu'en présence d'une rupture abdominale fatalement mortelle, on peut être autorisé à ouvrir le ventre, afin de remédier, si possible, aux accidents.

Il est vrai qu'il y a loin entre ce prétexte général et son application à tel ou tel cas particulier.

Il faut reconnaître également que, depuis ces derniers temps, on s'est montré beaucoup plus hardi que par le passé, dans la thérapeutique d'une de série de faits offrant les plus grandes analogies avec le cas de M. Bouilly, et que ce dernier a été nécessairement influencé par la connaissance de ces faits.

Jusqu'au commencement de ce siècle, on n'avait jamais osé toucher à l'intestin blessé, alors qu'il était contenu dans la cavité abdominale. D. Larrey est le premier qui, à la suite d'une plaie de l'abdomen, ait osé débrider, introduire son doigt dans le ventre, et,

le trouvant sali par des matières fécales, pratiquer séance tenante un anus contre nature. Le malade guérit, aussi Larrey exprima-t-il plus tard le regret de ne pas avoir suivi la même règle de conduite dans tous les cas de plaie de l'abdomen.

Baudens pratiqua deux fois ce même débridement qui fut suivi de la suture de l'intestin lésé. Un des malades mourut, l'autre fut sauvé.

Depuis cette époque, cette conduite est devenue en quelque sorte une règle parmi les chirurgiens d'armée; c'est ainsi que Legouest déclare formellement que toutes les fois que l'intestin sera blessé au travers d'une plaie suffisante pour permettre l'introduction du doigt, on devra rechercher l'intestin et suturer.

Otis (*Med. and. surg. history of the war of rebellion*, part. II, vol. II, p. 127.) a rappelé neuf exemples dans lesquels cette conduite a été tenue. Il eut une guérison sans fistule, trois guérisons avec fistule et cinq insuccès.

Depuis lors, un certain nombre d'exemples nouveaux ont été publiés, mais aucun d'eux n'est identique au cas de M. Bouilly. Kinloch (*South Carolina med. association med. News*, 13 mars 1882), rapporte le cas d'un homme atteint d'un coup de revolver dans le ventre, auquel il fit la suture de quatre ou cinq perforations intestinales. Le malade mourut parce qu'il existait une dernière perforation qui ne put être trouvée.

Tout récemment, un autre chirurgien américain, Thorndike (*Rep. of the city hosp. of Boston*, 3e série, p. 260, 1882), fit la laparotomie, pour aller à la recherche du gros intestin, perforé de dedans en dehors, à la suite des manœuvres exécutées pour l'extraction d'un corps étranger. Le malade guérit.

Comme manuel opératoire, la pratique de M. Bouilly est à peu près irréprochable : il incise l'abdomen, attire au dehors l'anse malade, résèque la partie déchirée et contuse, et suture les deux bouts de l'intestin divisé.

Il y a cependant, dans ce fait, quelques particularités opératoires, qui me paraissent dignes d'être relevées.

Vous avez vu que les sutures intestinales ont lâché. Je crois que les choses se passent ainsi dans l'immense majorité des entérorraphies, et si la guérison survient quand même, c'est grâce aux adhérences qui se forment très rapidement entre l'intestin suturé et les parties voisines. Peut-être pourrait-on éviter cet accident en ayant recours à cette double suture à laquelle on donne, en Allemagne, le nom de *suture Lembert-Czerny;* cela gêne peut-être un peu l'affrontement des deux séreuses, mais cela a l'avantage de retarder la chute des sutures.

Autre particularité : M. Bouilly, imitant en cela les auteurs qui

l'ont précédé, a sectionné l'intestin perpendiculairement à son axe; ne serait-il pas préférable de faire une section oblique?

L'étendue des surfaces à suturer serait plus longue, sans doute, mais on diminuerait ainsi, dans une certaine mesure, le rétrécissement de l'intestin consécutif à l'application des points de suture.

Mais ce sont là des détails ; ce qui m'a surtout frappé dans l'observation de M. Bouilly, c'est l'apparition de cette fistule stercorale, qui s'est établie peu de temps après l'opération, à une époque où les suites de cette opération paraissaient des plus favorables.

J'ai repris, à ce point de vue, les observations d'entérorraphie publiées jusqu'à ce jour, et j'ai constaté que ces fistules étaient en quelque sorte de règle en pareille circonstance.

Il me suffira, pour vous convaincre, de vous rappeler les quatre guérisons citées par Otis, dont je vous parlais tout à l'heure ; trois d'entre elles, en effet, se sont accompagnées de fistule stercorale ou d'anus contre nature.

M. Bouilly lui-même, dans une intéressante revue critique qu'il a fait récemment paraître dans la *Revue de chirurgie* (3e année, n 5, p. 373, 1883), réunissant 36 cas authentiques de résection et de suture dans la hernie étranglée gangrenée a trouvé, sur les 18 cas où le malade survécut, neuf faits où il s'établit un anus contre nature ou une fistule stercorale ; celle-ci dans 7 de ces cas s'oblitéra spontanément après un temps plus ou moins long.

On peut donc dire, d'une façon générale, que l'entérorraphie, lorsqu'elle est pratiquée régulièrement, atteint assez souvent son but thérapeutique, la guérison du malade, mais il est fort rare qu'elle atteigne son but fonctionnel, c'est-à-dire le rétablissement normal du cours des matières. Ceci me conduit à comparer l'entérorraphie à l'établissement d'emblée d'un anus contre nature, et à me demander si, en pareille circonstance, il ne faudrait pas mieux fixer les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale. C'est à peu près ce que fit Kœberlé, dans une circonstance analogue que vous vous rappelez tous.

Ne pourrait-on pas, tout au moins, afin d'éviter une partie des inconvénients de l'anus contre nature, ne suturer l'intestin que dans une partie de son étendue, ménager par conséquent, sur sa périphérie une petite fistule stercorale que l'on fixerait à la paroi? Cette fistule jouerait le rôle d'une véritable soupape de sûreté qui, en abaissant la pression des matières dans l'intérieur du canal intestinal, diminuerait d'autant les chances de rupture des sutures.

L'établissement de cette fistule a un autre avantage, c'est que, dans le cas on l'on ne pourrait éviter la chute prématurée des sutures, les

matières intestinales trouvant un orifice tout préparé, auraient d'autant moins de tendance à s'épancher dans l'intérieur du ventre.

Quant aux causes de la mort de ce malade, je vous ai déjà dit que M. Bouilly n'hésitait pas à la considérer comme le résultat de l'une de ces erreurs de thérapeutique qui s'explique par la nouveauté du cas, et que, malheureusement l'on n'apprend à reconnaître qu'alors il est trop tard.

On peut incriminer, en effet, non seulement l'exploration malencontreuse qui a déterminé la péritonite finale, mais encore le fait que le malade ayant été alimenté trois jours après l'opération, il en était résulté des contractions intestinales, et celles-ci s'étaient opposées à l'organisation suffisante des adhérences.

Cette erreur si funeste, et que tant d'autres auraient passé sous silence nous devons être reconnaissants à M. Bouilly de nous l'avoir révélée. Elle nous démontre, en effet, une fois de plus, l'importance qu'il y a à laisser au repos le plus complet les malades atteints d'une fistule intestinale récente.

Poland insiste tout particulèrement à ce sujet, et il recommande expressément de ne pas alimenter de semblables malades, de ne pas même leur donner à boire, pendant les premiers jours qui suivent l'opération. On se contente de tromper leur soif à l'aide de pilules de glace mises dans la bouche, mais qu'on leur recommande bien de ne pas avaler.

Ces préceptes sont on ne peut plus sages, en les appliquant, on n'a pas à craindre de laisser le malade mourir d'inanition, et l'on évite le danger de la perforation.

L'alimentation ne doit être reprise que graduellement ; jusqu'au quinzième jour, on doit se contenter d'aliments liquides et en très petite quantité.

Pour ce qui est de l'exploration et du traitement de l'anus contre nature, ce n'est que beaucoup plus tard, quatre à cinq mois après la guérison définitive du malade, qu'elle peut être raisonnablement tentée.

En résumé l'observation si remarquable que M. Bouilly vous a soumise nous montre la voie que doit suivre l'intervention chirurgicale, en cas de rupture de l'intestin bien constatée par des signes certains, et tout le bénéfice que l'on est en droit d'en attendre. — J'ajoute que tous efforts doivent tendre à éclairer le diagnostic de la lésion dont l'obscurité, en bien des cas, restera la principale objection que l'on pourra faire à toute entreprise opératoire.

Coup de pied de cheval. — Rupture de l'intestin grêle, sans con-

tusion des parois abdominales ; péritonite suraiguë ; laparotomie ; résection et suture circulaire de l'intestin ; mort au 10e jour.

Le nommé S..., âgé de 29 ans, reçoit le 11 juin dernier, vers midi et demi deux coups de pied de cheval sur le ventre, un peu au-dessous de l'ombilic. Immédiatement il est pris de douleurs vives, de vomissements et apporté à l'hôpital Beaujon. A la visite du soir, il présente les signes d'une péritonite au début ; la paroi abdominale n'offre aucune trace de contusion.

T. A. = 37°.

Injection hypodermique de deux seringues d'éther aussitôt après l'entrée. — Cataplasme laudanisé sur le ventre ; 2 pilules extrait thébaïque de 0,05 ; glace à l'intérieur.

12 matin. Les symptômes de péritonite sont beaucoup plus accentués. Depuis le moment de l'entrée, le malade a rendu d'une manière presque incessante des vomissements bilieux, verts, foncés, absolument caractéristiques.

Il y a eu absence complète d'émission par l'anus.

Les urines sont claires, limpides et ont été rendues spontanément en assez grande quantité.

La face est pâle, grippée, abdominale ; la voix est éteinte et cassée ; le pouls est petit, fuyant.

T. A. = 37°,8.

Me fondant sur des raisons que j'exposerai plus loin en détail, je diagnostique une rupture de l'intestin avec épanchement stercoral dans l'abdomen et péritonite suraiguë consécutive, et je pense que le seul moyen de salut pour cet homme est d'aller chercher et oblitérer la perforation intestinale.

L'opération est pratiquée à 10 heures et demie du matin, après avoir obtenu l'autorisation du malade.

Incision de la paroi abdominale, au-dessous de l'ombilic, dans l'étendue de 10 à 12 centimètres. Une fois le péritoine ouvert, on voit sortir un liquide brun noirâtre, abondant, mélangé de parcelles fécaloïdes et en ayant l'odeur.

Une anse intestinale, rouge, vascularisée, qui se présente à la plaie est attirée au dehors et l'intestin grêle est ainsi examiné en le rentrant dans l'abdomen au fur et à mesure de l'examen. Après avoir dévidé environ 1 mètre ou 1 m. 50 c. d'intestin, on tombe sur une anse très rouge, ecchymotique, très contusionnée, présentant un point de sphacèle près du mésentère, par lequel une légère incision fait sortir du gaz et des matières. Le mésentère au même point est épaissi, infiltré de sang rouge noirâtre et présentant un commencement de gangrène. Mais ce n'est pas là encore la véritable lésion ; celle-ci siège à 5 ou 6 centimètres plus loin ; elle consiste en une véritable perte de substance, de la grandeur environ d'une pièce de 50 centimes, siégeant sur le bord convexe de l'intestin. Tout autour de

cette perforation la paroi intestinale est noirâtre, ecchymotique, douée d'une vitalité très douteuse.

Toute cette portion d'intestin contusionnée est attirée à l'extérieur ; une pince à forcipressure est posée sur l'ulcération intestinale et il est procédé de suite à l'ablation des parties malades.

Des éponges sont maintenues dans l'abdomen de manière à protéger la cavité péritonéale contre toute effusion de matières par les bouts maintenus à l'extérieur.

Deux fils de soie phéniquée forte sont posés sur le mésentère et 10 centimètres d'intestin sont réséqués avec le coin mésentérique correspondant au-dessous des ligatures qui ont été posées sur celui-ci.

Le calibre des bouts intestinaux est momentanément fermé à l'aide des doigts d'un aide ; le bout supérieur donne une assez grande quantité de matières verdâtres qu'on laisse se vider sur une éponge.

Après un curage très soigné à la solution phéniquée forte des bouts sectionnés et de la muqueuse intestinale voisine, le calibre de l'intestin est rétabli au moyen de la suture circulaire, par le procédé de Lembert, à l'aide de 28 points faits avec de la soie phéniquée n° 0.

Toute la cavité du petit bassin est ensuite lavée avec des éponges montées trempées dans la solution phéniquée forte, et, après une toilette soignée du peritoine, quand les éponges ne ramènent plus aucun liquide, l'anse intestinale suturée est rentrée dans le ventre, en ayant soin que les deux bouts suturés soient bien placés dans le prolongement l'un de l'autre, sans coude ni inflexion.

Un gros tube à drainage est plongé jusque dans le petit bassin et la plaie de la paroi est réunie par des sutures en fil d'argent, profondes et superficielles.

Pansement de Lister très large.

L'opération a duré 1 heure et demie.

Potion avec extrait thébaïque — 0,15 c. Glace à l'intérieur ; vin par cuillerée à bouche.

Le soir, le malade est bien remis de l'opération ; il souffre très peu et n'a eu que quelques vomissements.

T. A. = 37°,6. Le pouls est beaucoup plus fort qu'avant l'intervention. A 9 heures du soir, injection hypodermique de 0,02 de morphine.

13 matin. Ensemble bon. Le malade dit qu'il souffre moins; le facies est bon ; la voix plus forte. Il y a eu cette nuit un vomissement abondant de matières noirâtres. Mais les vomissements verts, répétés, de la péritonite ont tout à fait disparu.

T. A. = 38°. Le pouls est plein et régulier, à 96°.

14 matin. État général satisfaisant ; T. A. = 38°,1, pouls 100. Cette nuit vomissement abondant de matières noirâtres sans odeur fécaloïde ; hoquets assez fréquents ; langue rouge et collante.

Le tube à drainage est enlevé ; il n'a donné issue à aucun écoulement liquide et ne renferme absolument rien.

Toute la plaie paraît en excellent état.

Soir, T. A. = 38°,5. — Après la visite du public à 3 heures 1/2, le

malade a accusé une très vive douleur abdominale, calmée par une njection de morphine.

15, matin. Hier soir à 9 heures, 3e jour après l'opération, le malade a eu par l'anus une abondante débâcle intestinale ; depuis ce moment, des matières fécales se sont aussi répandues dans le pansement. Celui-ci est enlevé et l'on constate qu'il s'est établi au milieu de la plaie désunie en ce point un anus artificiel par lequel les matières intestinales s'écoulent avec abondance.

L'état général est meilleur qu'hier, le malade se trouve très soulagé ; il ne vomit plus que quelques mucosités.

Soir, 38°,2.

T. A = 37°,8.

16, T. A matin = 37°,5 ; soir, 37°,5.

17, 37°,2, 37°,4.

L'écoulement est abondant par l'ouverture anormale et détermine sur la peau de l'abdomen un érythème douloureux.

Le malade est nourri avec des œufs et du lait. Potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque.

18, matin, 36°,6. Hoquets persistants depuis cette nuit.

Soir, 37°.

19, 37°,4. L'écoulement des matières intestinales est très abondant — 37°,2 ; il détermine un érythème que l'on panse avec de la pommade à l'acide borique. Tous ces jours-ci les pansements sont renouvelés trois à quatre fois par jour et faits avec de la gaze humide.

20. Le malade se trouve bien ; il se nourrit avec des œufs (quatre à six par jour), du lait, et prend un litre de vin ; il n'est tourmenté que par ses excoriations.

T. A = 37°,2.

Les matières qui s'écoulent en grande abondance semblent venir de la partie supérieure et de la partie inférieure de la plaie abdominale ; avec du coton hydrophile, je nettoie légèrement toute la région et j'enlève quelques points de suture qui restaient encore et sous lesquels s'infiltraient des matières fécales. En haut, on voit très nettement, un anus artificiel constitué par une large perte de substance de l'intestin à travers laquelle la muqueuse vient faire hernie ; en bas, on ne trouve pas d'orifice anormal.

Ce même jour, à 1 heure de l'après midi, le malade est pris d'un frisson violent avec douleurs abdominales très intenses et ballonnement du ventre.

Le soir, la température est à 39° ; une grande quantité de matière fécale a coulé à l'extérieur.

21. Le lendemain matin, le malade est à toute extrémité ; il est refroidi ; la respiration est embarrassée. Il y a eu dans la matinée une selle abondante par l'anus vicié.

Mort à 11 heures, après la visite.

Autopsie, 22 juin, 24 heures après la mort. (L'examen ne peut porter que sur la région opérée, le cadavre étant réclamé pour l'autopsie judiciaire.) L'anus contre nature s'est produit au point où la suture de

l'intestin a été faite; cette suture a complètement cédé et il n'est pas possible de retrouver les fils qui ont sans doute été emportés avec la partie des bouts intestinaux nécrosés. L'orifice anormal est large, permettant l'introduction du petit doigt; il existe dans toute la moitié antérieure du calibre intestinal; la moitié postérieure n'est fermée que par l'adhérence des bouts intestinaux réséqués avec une anse intestinale voisine. Néanmoins, le rapprochement et l'agglutinement des deux bonts en ce point sont suffisants pour que le calibre intestinal ne soit pas interrompu, puisqu'il y a eu ces jours derniers possibilité d'une garde-robe par l'anus.

Il n'y a pas, en autre point, d'orifice anormal comme on avait pu le supposer.

En écartant les lèvres de la plaie pariétale à sa partie inférieure, on voit que le petit bassin est le siège d'une péritonite purulente diffuse, toute récente. En ce point les adhérences des anses intestinales avec la paroi sont molles et faibles et il n'est pas douteux qu'il a pénétré par là des matières fécales liquides venant de l'anus contre nature et dont l'introduction a déterminé la péritonite suraiguë des dernières heures.

Dans la partie supérieure de la plaie, au-dessus et en arrière de l'anus contre nature, il n'y a pas trace de la péritonite purulente ; les anses intestinales modérément distendues présentent entre elles de légères adhérences dues à une inflammation adhésive qui remonte sans doute aux premiers jours de l'accident.

Les autres viscères ne peuvent être examinés.

Dans les très nombreuses recherches que j'ai faites à propos des ruptures traumatiques de l'intestin sans lésion des parois abdominales, je n'ai pas trouvé un seul fait dans lequel on ait mis en œuvre l'intervention chirurgicale immédiate, primitive, dans le but de remédier à la lésion intestinale et de parer aux graves conséquences dont celle-ci est le point de départ.

Cette observation me semble donc être la *première* dans laquelle après avoir établi le diagnostic exact de la rupture traumatique de l'intestin, le chirurgien est allé directement à la recherche de la lésion, après ouverture de l'abdomen, pour oblitérer la déchirure par un moyen approprié.

Je dois, en quelques mots, indiquer les raisons qui m'ont dicté cette conduite, exposer ses conséquences et chercher par l'examen détaillé du fait les résultats que l'on peut en attendre.

Cette courte étude portera sur quatre points : 1° le diagnostic de la lésion intestinale; 2° le manuel opératoire; 3° les suites de l'opération; 4° les causes tardives de l'insuccès.

1° Au moment où je voyais pour la première fois le malade, 23 heures après le traumatisme, un des points était déjà manifestement acquis au débat; le diagnostic d'une pértonite suraiguë

s'imposait d'emblée; le facies grippé, la voix éteinte, le pouls petit et fuyant, la répétition incessante de vomissements franchement bilieux, prononcés, l'exquise sensibilité de la paroi abdominale qui ne pouvait même admettre le contact du drap et qui ne permettait même pas la plus légère exploration, ne pouvaient guère laisser de doute sur l'inflammation suraiguë de la séreuse péritonéale.

Un seul signe avait pu venir à l'encontre du diagnostic, c'était la rétraction de l'abdomen qui était plutôt aplati que météorisé. Mais cette rétraction était due à l'intensité même de la douleur développant dans les muscles abdominaux une contracture instinctive qui n'était pas encore vaincue par la fatigue et le météorisme intestinal. Cette absence de météorismeme paraît avoir une valeur sur laquelle je reviendrai plus bas.

Une péritonite ayant débuté une heure après l'accident par des vomissements devenus incessants depuis ce moment, s'accompagnant de cette exquise sensibilité du ventre dont rien ne peut donner une idée, ayant en vingt et quelques heures amené une telle prostration des forces que la mort paraissait imminente dans un délai très rapproché, ne pouvait être qu'une péritonite *par perforation.* Je laisse de côté comme ayant peu de valeur diagnostique l'absence de selles et de garde-robes par l'anus ; ce signe peut se retrouver dans la plupart des inflammations aiguës du péritoine. Mais quel était l'organe abdominal rompu ?

L'urine rendue en assez grande quantité spontanément et sans caractères spéciaux mettait la vessie et les reins hors de cause; l'absence de vomissements alimentaires et sanglants excluait l'idée d'une déchirure de l'estomac; le blessé ne présentait pas les signes des hémorragies internes qui font supposer une déchirure du foie ou de la rate ou de l'un des gros vaisseaux de l'abdomen. Dans ces cas, ce sont surtout les phénomènes de l'hémorragie interne qui prédominent plutôt que ceux de la péritonite, et du reste le traumatisme ayant frappé la paroi immédiatement au-dessus de l'ombilic ne pouvait guère avoir atteint le foie ou la rate.

Restait l'hypothèse d'une déchirure de la vésicule biliaire ou de l'intestin; la lésion de ces deux organes pouvait donner lieu aux mêmes signes. Le traumatisme, sans lésion des parois abdominales, intéresse rarement la vésicule biliaire *saine* et, du reste, dans le cas actuel il n'avait pas directement intéressé la région de cet organe. Je ferai valoir en outre contre la déchirure de la vésicule l'abondance et la persistance des vomissements verdâtres ; on en comprendrait difficilement la production si la bile pouvait librement, à travers une déchirure, s'épancher dans l'abdomen.

Je m'arrêtai donc à l'idée d'une déchirure de l'intestin; la fréquence de cette lésion comparée aux autres ruptures viscérales

de l'abdomen, la nature du traumatisme localisé (coup de pied de cheval), son siège immédiatament au-dessus de l'ombilic, l'intégrité de la paroi, ordinaire dans ces déchirures, la possibilité d'admettre que l'intestin avait été pris entre la colonne vertébrale et le corps vulnérant, la soudaineté des accidents péritonéaux me firent admettre la rupture de l'intestin avec épanchement d'une partie de son contenu dans le péritoine.

Le diagnostic établi, en face de l'imminence des accidents, de l'aggravation bien notée des symptômes, de la certitude absolue d'une mort prochaine du blessé abandonné à lui-même, étant donnée la date encore rapprochée des accidents qui permettait d'espérer que les lésions péritonéales n'étaient pas irrémédiables, je me décidai à intervenir immédiatement.

J'appelle l'attention sur deux signes qui me paraissent avoir en pareil cas une grande valeur pour démontrer que la vitalité de l'individu n'est pas atteinte d'une façon irrémédiable, à savoir : 1° l'absence d'hypothermie; la langue et le nez n'étaient pas froids; les mains n'étaient pas cyanosées; 2° la présence d'urine en quantité notable.

Inversement, l'hypothermie, la cyanose et l'anurie me paraissent comporter le plus fâcheux pronostic et contre-indiquer en pareil cas toute intervention. Il en serait de même de la date éloignée du début des accidents, alors que les adhérences des anses intestinales entre elles n'en permettraient pas le dévidement et l'examen.

Le malade prévenu et consentant, l'opération fut exécutée à 11 heures du matin, elle ne dura pas plus d'une heure et demie en tout.

Elle ne différa en rien d'une laparotomie ordinaire.

J'insisterai seulement sur la présence dans le péritoine d'un liquide sale, brunâtre, assez abondant, qui s'écoula dès que le ventre fut ouvert, avec une odeur fécaloïde marquée. La présence de ce liquide, son aspect et son odeur confirmaient d'une manière certaine le diagnostic de rupture intestinale et nous autorisaient à poursuivre les recherches.

Un autre point important est l'examen de l'intestin blessé; la lésion ne portait pas sur un seul point; dans l'étendue de 7 à 8 centimètres l'intestin se montra d'abord couvert d'ecchymoses, de petits points sphacélés, présenta une petite déchirure au niveau de l'insertion mésentérique par laquelle filtraient des gaz et ce n'est que plus loin qu'apparut la véritable rupture large environ d'un centimètre et demi, pouvant admettre facilement le petit doigt, de sorte qu'il fallut réséquer environ 10 centimètres d'intestin pour enlever toutes les parties blessées et suspectes.

La nécessité s'impose donc de ne cesser l'examen que lorsqu'on

est arrivé sur des parties tout à fait saines, et il y a le plus grand intérêt à poursuivre cette recherche dans une certaine étendue au deçà et au delà des parties altérées.

La résection de l'intestin avec le coin du mésentère correspondant, la suture des deux bouts réséqués purent être faites sans difficultés, comme je l'ai indiqué dans un autre travail récent.

La toilette du péritoine faite avec un soin minutieux permit de retirer du petit bassin, à l'aide d'éponges mouillées et trempées dans la solution phéniquée forte, une grande quantité de liquide louche, jusqu'à épuisement complet. Les anses intestinales étaient dépolies, rouges et congestionnées, sans adhérence appréciable.

Le ventre fut refermé après application d'un drain moyen plongeant jusque dans le petit bassin.

Les suites immédiates furent assez simples ; la péritonite sembla arrêtée comme par enchantement ; les vomissements bilieux, verts furent remplacés pendant deux jours par des vomissements muqueux, gris, noirâtres qui témoignaient d'un certain degré de gêne dans la circulation des matières intestinales et qui allèrent en s'atténuant pour disparaître tout à fait le deuxième jour avec la formation d'une fistule stercorale et l'issue des matières dans la partie supérieure de la plaie.

Dès le lendemain de l'opération, le pouls s'était relevé d'une manière très remarquable ; la face et la voix avaient presque repris leur caractère normal ; l'urine était rendue claire et limpide, sans nécessité de cathétérisme. La température ne dépassa jamais un maximum de 38°.

Les jours suivants nous firent assister à la formation d'un anus contre nature dans la partie supérieure de la plaie et à la désunion presque totale de celle-ci par le contact incessant des matières intestinales liquides et irritantes.

A partir du cinquième jour, le malade reçut par jour un litre de vin, un litre de lait et même plus, deux ou quatre œufs battus dans le lait.

Les choses étaient dans le meilleur état quand, au matin du dixième jour, une petite exploration, ou mieux un léger nettoyage de la partie inférieure de la plaie, fut pratiquée avec des petits tampons de coton hydrophile, pour reconnaître s'il n'existait pas en ce point une deuxième ouverture anormale, comme le faisait craindre la présence de matières intestinales.

Trois heures plus tard, le malade accusait un violent frisson ; il était repris de vomissements abondants, de douleurs abdominales ; dans la nuit, une selle extrêmement abondante, très liquide, était rendue à le fois par l'anus vrai et par l'anus contre nature et le

malade succombait dans l'hypothermie, juste vingt-quatre heures après le moment de notre petite recherche.

Je crois pouvoir attribuer cette terminaison fâcheuse à deux circonstances que nous étions maître d'éviter et que je crois bon de signaler pour en tenir compte dans l'avenir.

D'abord, je pense que dans les trois ou quatre derniers jours qui ont précédé l'explosion de la péritonite finale, notre malade a été trop nourri ; il absorbait en moyenne un litre de vin et deux litres de lait dans lesquels il buvait six jaunes d'œufs. Les matières intestinales du dernier jour, au lieu d'être un peu consistantes comme au début, devinrent très liquides et prêtes à s'infiltrer dans le premier interstice voisin. Or, je crains bien d'avoir créé cet interstice par mon exploration du dixième jour au matin, si modérée qu'elle fût. Quelques adhérences furent peut-être décollées à la partie inférieure dans le voisinage de l'angle de la plaie, et la fluidité des matières leur permit de passer par ce point dans le petit bassin où elles allumèrent une péritonite purulente suraiguë.

Mais pareil accident ne serait pas arrivé si dès les premiers jours la suture intestinale avait résisté et si sa disjonction n'avait pas donné lieu à la formation d'un anus contre nature. Cette disjonction me paraît devoir être attribuée à une péritonite septique avec nécrose des bouts réséqués, déterminées par le contact des matières intestinales, soit pendant soit après l'exécution de la suture. C'est donc encore à perfectionner le mode de suture de l'intestin, à lui donner des conditions plus grandes de solidité, à diminuer la tension intra-intestinale par l'évacuation des bouts intestinanx aussi complète que possible, que doivent tendre tous nos efforts, puisqu'on peut espérer ainsi prévenir à nouveau l'épanchement stercoral dont les conséquences immédiates ont été auparavant éloignées par l'ouverture du ventre et la toilette du péritoine.

De ce fait dans lequel une alimentation trop abondante et peut-être aussi une exploration inopportune semblent avoir compromis le succès des premiers jours, je crois pouvoir conclure :

1° Que la recherche de l'intestin déchiré dans la cavité abdominale est une opération autorisée;

2° Que la toilette minutieuse d'un péritoine atteint d'une péritonite au début par épanchement stercoral peut arrêter net l'inflammation de la séreuse ;

3° Que le plus gros danger après la résection et la suture de l'intestin réside, comme dans toutes les opérations de ce genre, dans la possibilité de la disjonction de la suture;

4° Que tous les efforts doivent tendre au perfectionnement de cette suture;

5° Qu'il est prudent de laisser la portion suturée et réduite au voisinage de la ligne de réunion de la paroi abdominale;

6° Qu'il est important de nourrir ces malades avec une extrême précaution;

7° Qu'il est permis d'espérer que l'expérience de faits semblables et l'acquisition de perfectionnements successifs donneront, par cette conduite, des succès complets dans les ruptures traumatiques de l'intestin où l'intervention pourra être précoce.

Discussion.

M. Verneuil. J'ai écouté avec intérêt l'observation de M. Bouilly et le rapport de M. Berger, et je crois pouvoir dire qu'avant d'avoir entendu la fin de ce rapport, j'étais arrivé à ses conclusions.

Pour ma part, je crois également que les entérorraphies totales sont de mauvaises opérations; j'en ai fait un certain nombre, et je ne suis pas disposé à en refaire. Le manuel de cette opération est minutieux, incertain; il est très difficile d'affronter exactement les deux bouts de l'intestin. On place vingt à vingt-cinq points de suture qui font le tour de cet intestin, on croit avoir fait au delà du nécessaire, et cependant, en y regardant de près, on trouve encore une ou plusieurs fissures. Enfin, lorsque l'on réussit, on obtient incontestablement un rétrécissement.

Aussi n'hésiterai-je pas dorénavant, si je fais une laparotomie de ce genre, à tenter la cure en deux temps. Je ferai tout d'abord un anus contre nature, dans des conditions aussi favorables que possible : c'est la meilleure manière, à mon sens, de se garder des fissures faisant communiquer le péritoine avec la cavité intestinale, et d'éviter par conséquent la péritonite. Quant à l'anus contre nature, on le traitera plus tard.

En résumé, j'assure d'abord la vie du malade, en lui donnant une infirmité, et je guéris plus tard cette infirmité.

Une seconde réflexion, d'ordre tout différent, m'est inspirée par ce rapport. Il y a quelques années, j'ai fait un livre sur les explorations inutiles et dangereuses; l'observation de M. Bouilly me confirme dans l'opinion que je défendais à cette époque. M. Bouilly, qui est un de mes meilleurs élèves, et pour lequel j'ai la plus grande estime, est venu nous déclarer, avec une loyauté que l'on ne saurait trop louer, que l'introduction de son doigt a été funeste: j'en suis convaincu, aussi serais-je heureux que le malheur qui lui est arrivé, et qui nous empêche d'enregistrer à l'actif de la chirurgie parisienne un beau succès, soit enseignement pour nous tous.

Ce que j'ai vu de désastres, infection purulente, érésipèle, etc.,

produits par les doigts, les sondes, les stylets, les extractions de séquestres, c'est incalculable, et je ne saurais trop recommander de laisser les plaies tranquilles. C'est ainsi, pour en revenir au cas particulier, que, quand je fais un anus contre nature, je place des sutures métalliques auxquelles je ne touche plus; je les laisse tomber d'elles-mêmes.

M. Després. Je partage complètement l'avis de M. Verneuil dans ce qu'il vient de nous dire. J'ajouterai cependant quelques remarques relatives au fond même du débat, qui est l'indication opératoire.

Cette opération, ainsi que l'a si bien fait remarquer M. Berger, n'est justifiée qu'en présence d'un diagnostic certain. Or, comme ce diagnostic est loin d'être facile, nous ne devons accepter la pratique de M. Bouilly qu'avec de fortes réserves. Sans cela, nous nous exposons à être les instigateurs d'une foule de laparotomies, pratiquées à la suite de contusions abdominales et dans lesquelles l'intestin n'aura pas été lésé.

Ceci dit, j'accepte le principe même de l'opération, mais je déclare que, pour la pratiquer, je suivrai la méthode ancienne, applicable aux plaies de l'intestin. Je ferai un anus contre nature, ou, si je suture les deux bouts de l'intestin, je le fixerai à la plaie abdominale.

On connaît mal la péritonite adhésive. En ce qui concerne les adhérences, je tiens à déclarer qu'elles ne s'organisent pas aussi rapidement qu'on le croit généralement. Pendant plus d'un mois, elles laissent la mort suspendue sur la tête du malade. Sous l'influence d'une cause insignifiante, une légère distension de la vessie, un refroidissement, une digestion difficile, et à plus forte raison sous l'influence du plus léger attouchement, elles se déchirent partiellement, et une péritonite mortelle se déclare. La conséquence de ce fait est facile à comprendre. Pendant plus d'un mois on ne devra pas toucher à son malade; on le laissera sur son lit avec un cataplasme sur sa plaie, et l'on veillera à ce qu'il urine bien, qu'il ne se refroidisse pas, enfin à ce qu'il ne lui soit donné aucune nourriture solide avant le quinzième jour. C'est à partir de ce moment seulement que l'on commence à le nourrir avec des aliments substantiels.

Les mêmes préceptes sont applicables aux malades que l'on opère d'anus contre nature. On ne doit y toucher, non pas seulement après le quatrième mois, ainsi que l'on l'a dit, mais pas avant la première année, et toutes les fois que l'on juge à propos de pratiquer, soit une opération préliminaire, soit même une simple exploration, on devra laisser le malade au repos pendant un ou deux mois.

Je ne terminerai pas ces quelques remarques sans déclarer que, malgré toutes ces réserves, j'estime que cette observation fait honneur à la jeune chirurgie française.

Enfin, en ce qui concerne le fait de la publication de ce malheur chirurgical, je ne saurais trop en louer M. Bouilly. C'est là une preuve d'honnêteté scientifique qui ne m'étonne pas de sa part, mais que je voudrais voir se renouveler plus souvent.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

M. Bouilly présente un malade sur lequel il a pratiqué l'opération d'Estlander, pour obtenir l'oblitération d'une fistule thoracique survenue à la suite d'une pleurésie. Il lit ensuite l'observation complète de ce malade.

Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. Richelot, Després et Berger.

La séance est levée à cinq heures un quart.

Le secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 3 octobre 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris pendant les vacances.

2° M. Guermonprez, de Lille, offre à la Société un travail intitulé : *Plaies par peignes de filature.*

3° Le *Compte rendu* des séances du premier congrès des médecins grecs, tenu à Athènes, 1882.

4° Les *Archives de médecine et de pharmacie militaires.*

5° M. AUBERT, chirurgien en chef de l'Antiquaille, offre deux mémoires intitulés : *La chaleur et le chancre simple.*

6° Le troisième volume de l'*Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de la rébellion.*

7° Deux exemplaires de la thèse de M. Bouley : *Sur la taille hypogastrique,* pour le prix Duval.

8° Discours prononcé par M. Jules Ferry, ministre de l'instruction publique, à la réunion générale des délégués des Sociétés savantes.

9° *De la consolidation des fractures chez les diabétiques,* par M. le professeur Verneuil.

10° *Des différentes espèces de pieds bots et leur traitement,* par le Dr Schwartz.

11° M. le Dr CATRIN, médecin-major, offre deux observations : 1° de hernie étranglée crurale ; 2° d'amputation du bras pour une fracture de l'avant-bras. (Rapporteur : M. Lucas-Championnière.)

Rapports.

I. — *Observation de tumeur dermoïde du plancher buccal,*

Par M. J. DARDIGNAC, médecin-major.

Rapport par M. CHAUVEL.

Les faits de tumeur dermoïde du plancher de la bouche jusqu'ici publiés, sans être précisément rares, ne sont pas tellement nombreux qu'il n'y ait désormais aucun intérêt à faire connaître de nouveaux exemples de cette affection. Telle est, sans doute, la pensée qui a conduit notre collègue de l'armée à communiquer à la Société l'observation dont vous m'avez chargé de vous rendre compte. Recueillie avec le plus grand soin, suivie d'un examen histologique de la paroi de la poche kystique, cette observation confirme de tout point nos connaissances, aujourd'hui solidement assises, sur la pathogénie, le diagnostic et le traitement de ces tumeurs. Origine congénitale, accroissement rapide vers la vingtième année, siège exactement médian, adhérences intimes avec le périoste du maxillaire inférieur au niveau des apophyses géni, connexions plus lâches avec la muqueuse buccale et les muscles géniens ; consistance mollasse ; indolence absolue : tous ces signes permettent de poser un diagnostic qu'une ponction exploratrice vient encore confirmer. Après la sortie de quelques grammes de liquide, l'issue

de matière sébacée ne permet plus de douter, et l'extirpation rapidement conduite, ne présente de difficultés qu'au point d'implantation de la tumeur. Le Dr Dardignac sectionne le pédicule ; puis, après quelques jours, lorsque les phénomènes inflammatoires ont complètement cessé, il détache, par le grattage, les derniers restes de la poche kystique. Inutile de dire que la guérison, rapidement complète, est suivie de la disparition de tous les troubles fonctionnels résultant du volume relativement considérable de la grosseur et de ses rapports avec la langue.

II. — *Note sur un cas de névralgie de la branche ophtalmique du trijumeau.* — Le second travail de M. le Dr Dardignac comprend deux parties. La première est l'exposé longuement détaillé d'un cas de zona ophtalmique avec troubles oculaires graves, chez un homme de 24 ans. Le début est marqué par une fièvre assez vive, mais de courte durée, puis l'éruption suit son cours, accompagnée des douleurs névralgiques violentes qui la caractérisent d'habitude. Tout le territoire de la branche ophtalmique est envahi, les plaques d'herpès sont nombreuses et larges. Les lésions de la cornée présentent une étendue et une profondeur inquiétantes ; l'iris est atteint, les troubles fonctionnels sont très accusés. Notre confrère craignait une perforation de la membrane cornéenne quand, sous l'influence, dit-il, d'une double parotidite ourlienne, survenue au bout de la troisième semaine, les lésions oculaires s'amendèrent rapidement. En somme, tous les phénomènes aigus avaient complètement cessé quand le malade part en convalescence, vers le milieu de janvier. A son retour, trois mois plus tard, on constate que l'acuité visuelle est encore légèrement diminuée, et qu'il existe dans la cornée une infiltration diffuse interstitielle persistante.

La seconde partie de la note de M. Dardignac est consacrée aux multiples réflexions que ce fait suggère à notre confrère. Il signale tout d'abord l'action favorable que la fièvre ourlienne aurait exercée sur la marche des lésions oculaires, jusques-là fort rebelles aux moyens thérapeutiques largement mis en usage. Je ne voudrais pas m'inscrire en faux contre cette interprétation, mais la lecture attentive de l'observation ne m'a pas fait partager les craintes exagérées de l'auteur en ce qui concerne les troubles cornéens. Siégeant dans l'épaisseur de la membrane et plutôt en arrière qu'à la face antérieure, consistant en une infiltration mal limitée avec de multiples points grisâtres, plus épaisse au centre qu'à la périphérie, ces lésions diffuses ont évolué lentement, sans jamais menacer bien sérieusement l'intégrité de la cornée.

Je ne suivrai pas le Dr Dardignac dans ses longues remarques sur la nature de l'affection qu'il suppose due à une névrite ou à

une périnévrite d'origine rhumatismale siégeant sur la branche ophtalmique du nerf trijumeau. Bien que la nature précise des lésions nerveuses qui déterminent l'éruption désignée sous le nom d'herpès zona, ne soit pas encore, peut-être, incontestablement établie, on incline généralement aujourd'hui à les rapporter à une névrite ou à une périnévrite. Faire du zona ophtalmique une dermatose des paupières, c'est, pour notre confrère, prendre le symptôme pour la maladie elle-même.

En terminant son travail, le Dr Dardignac s'appuyant sur les succès qu'a donnés à M. Badal l'élongation du nerf nasal externe à sa sortie de l'orbite, dans des cas de douleurs ciliaires rebelles, se demande si pareille intervention ne serait pas autorisée en présence de lésions graves de la cornée et de l'iris. Les altérations oculaires étant manifestement en rapport avec les douleurs névralgiques et les unes comme les autres, dépendant de changements morbides dans l'état anatomique des branches nerveuses, l'élongation, au besoin même l'arrachement du nasal externe, paraissent à notre confrère naturellement indiqués. Il pense même qu'il serait sage d'agir promptement, avant la désorganisation de l'iris ou de la cornée, et fixe le moment de l'intervention à l'apparition du chémosis conjonctival.

Nous regrettons de ne pouvoir partager sur ce point l'opinion de notre confrère. Les résultats donnés par l'élongation du nerf nasal externe ne nous paraissent pas, jusqu'ici, assez nettement fixés, pour qu'on puisse en proposer l'application dans le zona ophtalmique avec lésions cornéennes. Nous ne désapprouverions pas le médecin qui, en présence de lésions graves, de douleurs violentes et rebelles, de menaces de perte de l'œil, se déciderait à tenter l'élongation modérée du nerf nasal externe. Mais pratiquer cette opération dès l'apparition du chémosis, avant la formation des lésions cornéennes ou iriennes, sur une simple présomption, est une conduite que nous ne saurions approuver. A plus forte raison nous condamnons formellement l'arrachement du nasal externe, n'étant aucunement convaincu que cette opération n'aurait pas précisément pour résultat d'augmenter les troubles de nutrition, sinon de les produire. Notre confrère nous paraît imprudent en affirmant que l'opération, si elle ne donnait aucun résultat, « ne pourrait avoir aucune conséquence ultérieure au point de vue fonctionnel de l'organe de la vision. »

Je vous propose, Messieurs,

1° D'adresser des remerciements à l'auteur;

2° De déposer son travail dans les archives de la Société.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Gros calcul vésical ; taille hypogastrique ; guérison,

Par M. Desprès.

Voici une observation de calcul volumineux de la vessie, extrait par la taille hypogastrique, taille que Giraldès, ici, et Souberbielle ont défendu il y a déjà bien des années, et bien avant que nos contemporains aient songé à reprendre cette ancienne taille et à la pratiquer indistinctement pour le traitement de toutes les espèces de calcul.

La taille hypogastrique est une opération exceptionnelle, que beaucoup de chirurgiens vivants n'avaient jamais faite, il y a cinq ans environ. Depuis cette époque, les choses ont bien changé, et ce n'est pas trop s'avancer que de dire qu'à l'heure actuelle, presque tous les chirurgiens ont pratiqué un nombre plus ou moins considérable de ces tailles. N'y a-t-il pas eu de l'exagération dans cet engouement ? quelques-unes de ces opérations ne sont-elles pas condamnables ? J'ai beaucoup de tendance à le croire, quand je lis des observations de calculs enlevés par cette méthode, dont le poids ne dépassait pas 25, 32 ou 42 grammes, et je ne saurais trop protester contre ces exagérations ; toutefois, je m'empresse de reconnaître que la taille hypogastrique a toujours répondu et répond encore à certaines indications spéciales, aux calculs volumineux par exemple.

Comme je me suis trouvé, il y a quelque temps, en présence d'une pierre de ce genre (elle pesait 145 gr.), et que dès lors j'ai fait une de ces tailles si fort à la mode aujourd'hui, j'ai pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de vous faire connaître l'observation de mon malade. Je le fais d'autant plus volontiers, que cette observation présente un certain nombre de particularités intéressantes, et qu'elle m'a suggéré quelques considérations opératoires dont je désire vous entretenir.

Observation.—Le nommé B*** (Jules-Louis), âgé de 21 ans, de parents sains, ayant un grand père maternel qui a été atteint d'une affection calculeuse, n'a jamais été sérieusement malade; en 1871, il a reçu un coup de pied dans le ventre ; depuis ce temps il eut de la peine à uriner et entra à l'hôpital des enfants. Le malade se souvient qu'il a eu à différentes reprises des accès de fièvre avec fréquentes envies de vomir et des sueurs abondantes. En 1874 apparurent des

douleurs dans la région vésicale et dans les flancs, qui se manifestèrent ensuite à l'extrémité de la verge. La marche était devenue pénible, le malade urinait six fois au moins par jour et plus souvent la nuit. Le jet de l'urine s'arrêtait et le malade changeant de position voyait le jet d'urine repartir. L'urine était trouble, et il y a trois ans, il eut quelques hématuries qui se sont reproduites à de rares intervalles. Il y a quelques semaines, un médecin de la ville sonda le malade et lui déclara qu'il avait un calcul ; c'est alors que le malade entra dans mon service le 4 juin 1883, salle Saint-Jean, n° 7.

Le malade est pâle, maigre, a la figure fatiguée, mais il dort encore assez bien et a de l'appétit. Le 5 juin, le malade prend un bain et le 6 je procède à l'exploration.

En palpant l'hypogastre, on sent dans la profondeur une tumeur appréciable, l'index introduit dans le rectum assez haut ne sent pas une tumeur volumineuse, mais en élevant le doigt et le retirant on perçoit un *ballottement* assez net ; une sonde métallique de Dolbeau, introduite dans la vessie, heurte le calcul. L'urine du malade conservée depuis la veille apprend qu'il urine, par 24 heures, un litre et demi ; l'urine reposée est claire mais contient un épais dépôt de pus que l'on reconnaît par la réaction ammoniacale. L'urine n'est plus acide et est légèrement alcaline au papier tournesol.

Comme le malade urinait toujours difficilement, je le fais sonder lui-même avec une sonde de caoutchouc ; de plus, le malade, qui mange ce qui lui plaît, ne boit pas de vin, mais prend un siphon d'eau de seltz par jour et beaucoup de laitage.

Le vendredi, 8 juin, après avoir fait une injection de 60 grammes d'huile dans la vessie, j'introduis un instrument lithotriteur à mors courts pour mesurer le calcul. Je constate alors sur l'échelle de l'instrument 4 centimètres et demi ; la pierre paraissait d'ailleurs très dure.

Fièvre le soir, 38,6.

Le 9, mieux.

Le 10, fièvre de 4 heures 1/2 du soir à 8 heures, 38,1, et il y a quelques petits frissons.

Le 11, 37,6 le matin ; 38,1 le soir ; 0gr50 de sulfate de quinine à continuer.

Le 12, purgatif, un verre d'eau de sedlitz; 0gr50 de sulfate de quinine.

Le 13 juin, un lavement est administré et je procède à l'opération.

J'ai choisi la taille hypogastrique parce que le calcul était gros et dur, parce que les urines étaient purulentes et alcalines et que les reins étaient douteux : il fallait faire vite, et diminuer le plus possible le traumatisme.

Opération. — Le malade soumis au chloroforme a été traité de la sorte :

Sans injection préalable, sans dilatation préalable du rectum par le ballon de Petersen. Incision de 10 centimètres sur la ligne médiane,

coupant successivement la peau, le tissu cellulaire et le fascia superfacialis ; incision de l'aponévrose qui sépare les deux pyramidaux dans toute la hauteur. Incision de la ligne blanche. Je tombe sur du tissu cellulo-graisseux ; en haut on aperçoit une traînée fibreuse, qui est l'épanouissement de l'ouraque, et de chaque côté de la ligne médiane une veine verticale. Je ponctionne la vessie dans une étendue de 2 centimètres entre les deux veines, verticalement au niveau du bord supérieur du pubis : il s'écoula environ un demi-verre d'urine, le doigt introduit dans la vessie reconnaît le calcul volumineux. Alors, faisant placer le doigt d'un aide dans l'angle supérieur de l'incision de façon à remonter le péritoine, je débride en haut et en bas dans une étendue de 2 centimètres avec des ciseaux un peu forts, guidés sur mon doigt placé dans la vessie (procédé mis en pratique autrefois par Mac Gill). Cela fait, la tenette droite est introduite et saisit facilement le calcul. L'ouverture de la vessie qui avait au moins 7 centimètres était trop petite pour permettre la sortie du calcul. Néanmoins, me fondant sur l'extensibilité connue de l'organe, je procédai par traction continue. Je dus débrider cependant en haut et en bas avec des ciseaux en me guidant sur les mors de la tenette, la vessie étant presque attirée au dehors, et je pus faire sortir le calcul.

La vessie est lavée à grande eau tiède, aucune suture de la vessie ne fut tentée, je n'y songeai pas un instant, une suture placée à nu sur du tissu musculaire ne tient pas. Un tube à drainage passé par le catéthérisme rétrograde dans la vessie et l'urèthre est noué au dehors (Heurteloup avait employé quelque chose d'analogue sous le nom de tube uréthro-cystique). Il y a eu à ce moment une difficulté : le malade qui se réveillait a eu un spasme du col et j'ai dû le rendormir pour passer le tube. Deux points de suture métallique réunissent l'angle supérieur de la plaie cutanée. Pansement avec le cataplasme.

Le calcul enlevé pesait 144 grammes, il avait la forme d'un ovoïde aplati sur trois faces et mesurait 6 centimètres dans son plus court diamètre, il était composé de phosphates avec un noyau d'urates.

Le jour de l'opération le malade ne prend que deux bouillons, pilule opium de 0gr05 ; le soir, 40,2.

Le 14, le drain est rempli de pus ; injection dans le drain et dans la plaie avec la solution : eau 300 grammes, acide borique 10 grammes.

33,6 le matin ; 39,2 le soir.

Le 15, 38,2 le matin ; 39,5 le soir.

Même état les jours suivants.

Le 18, quelques envies d'uriner ; 37,7 le matin ; 38,7 le soir.

Le 19, un peu d'urine est sorti par la verge, le reste sort comme le premier jour par la plaie ; 37,5 le matin ; 38,8 le soir.

Le sulfate de quinine est supprimé.

Le 20, le malade mange une côtelette.

Le 21, le malade qui n'allait à la selle que par lavement est purgé avec un verre d'eau de sedlitz. Le malade mange dans la journée du poulet et des confitures. La nuit, grand frisson de 5 minutes ; 38,8.

Le 22, 35,9 ; le malade se dit mieux, j'enlève le drain. Encore un

verre d'eau de sedlitz; 38,2 le soir; sulfate de quinine 0gr20 jusqu'à nouvel ordre.

Le 23, 38,2; la pilule d'opium est supprimée; 40,2 le soir.

Le 24, le malade qui a une uréthrite franche causée par le drain n'urine plus que par la plaie. Il accuse des douleurs dans le rein droit.

50 pointes de feu sur la région des reins.

Mieux les jours suivants.

Le 2 juillet, abcès dans le tissu spongieux de l'urèthre qui se vide dans ce conduit, mais il y a encore quelques douleurs de reins; 37 le matin; 38 le soir.

Le 4, 37,4 le matin; 39,8 le soir.

Nouvelles pointes de feu. Les lavages sont supprimés.

Les jours suivants mieux; le malade mange peu mais avec appétit, et le fond de sa nourriture est le lait.

L'urine redevient légèrement acide.

Le 9 juillet, incision de l'abcès de l'urèthre, le malade urinant par cette plaie. Une sonde à demeure est placée pendant trois jours.

A partir de ce jour, la plaie de l'hypogastre se retrécit de jour en jour; la santé générale du malade s'améliore et, sauf quelques douleurs de rein qui nécessitèrent des pointes de feu, le malade s'avançait vers la guérison; il commença par rendre un peu d'urine par la verge, puis davantage.

Avant que la plaie fut entièrement fermée, il fallait voir s'il ne restait pas quelques graviers dans la vessie. Le malade en avait rendu quelques-uns; c'était le débris d'écailles produites sur le calcul par la tenette. Je dilatai la plaie avec l'éponge préparée et je relevai un fragment écailleux avec une pince à pansement.

A partir de ce jour, toujours avec le pansement au cataplasme, la plaie se cicatrisa régulièrement ainsi que la plaie de l'incision de l'urèthre. Le 56e jour la plaie est fermée, la totalité de l'urine coule par la verge, les besoins d'uriner d'abord fréquents diminuèrent et le malade put partir à Vincennes. Là, la plaie laissa écouler quelques gouttes d'urine puis se referma, puis s'ouvrit encore et enfin est totalement fermée aujourd'hui ainsi que vous pouvez le voir.

La plaie de l'opération est solide, la plaie résultant de l'ouverture de l'urèthre est entièrement cicatrisée, enfin les forces du malade sont revenues.

(M. Desprès présente en effet le malade à la Société.)

Le procédé dont je me suis servi est, vous ai-je dit, un procédé ancien, je n'ai fait usage ni du ballon de van Pettersen, ni de l'injection vésicale, et cependant je dois dire que l'opération a été d'une simplicité remarquable; c'est à ce point qu'elle m'a paru une des plus simples de la chirurgie, et, en tous les cas, une des mieux réglées, mais à une condition, c'est que l'incision soit très longue, afin de donner beaucoup de jour.

C'est surtout sur cette particularité que je désire appeler l'atten-

tion de la Société, car il est à remarquer que ce qui avait fait renoncer à la taille hypogastrique, c'est qu'on pratiquait généralement de petites incisions, afin d'éviter la blessure du péritoine. Or, ce danger est illusoire, ainsi que je vais essayer de vous le démontrer, et cette crainte ne peut s'expliquer que par une connaissance inexacte de l'anatomie de la région.

Les auteurs qui ont décrit la région prévésicale se sont occupés des rapports de la vessie à l'état de plénitude et à l'état de vacuité, mais ils ont négligé ces rapports alors que la vessie est modérément dilatée, c'est-à-dire dans son état le plus habituel. Il ne faut pas oublier, en effet, qu'il est exceptionnel que la vessie soit tout à fait pleine ou tout à fait vide, presque toujours elle est dans un état moyen de distension, et c'est dans cet état surtout qu'il importe de connaître les rapports qu'elle affecte avec la paroi abdominale.

Désireux de me renseigner exactement à cet égard, j'ai pris au hasard cinq cadavres, et sans injecter ni évacuer leur vessie, j'ai ouvert la paroi abdominale par l'incision de la taille sus-pubienne.

Or, sur quatre de ces cadavres, je suis arrivé d'emblée dans la vessie, et celle-ci contenait une certaine quantité d'urine, variable il est vrai, mais toujours très appréciable. Sur un cinquième sujet, c'est avec quelque difficulté que je suis arrivé au même résultat, mais c'était un ascitique, et il était mort anurique.

Il va sans dire que si les choses se passent ainsi sur le cadavre, si la vessie des moribonds contient de l'urine en quantité suffisante pour amener au-dessus du pubis la paroi antérieure de cet organe, à plus forte raison doit-il en être de même lorsqu'il s'agit d'un homme bien portant. J'ajouterai même que la présence d'un calcul produisant ordinairement, en dehors de toute cystalgie, une paresse des parois vésicales, celle-ci se vide moins facilement qu'à l'état normal, et la saillie qu'elle fait au-dessus du pubis se trouve encore plus accentuée.

La facilité avec laquelle se retrouve cette face antérieure, s'explique encore par le mode d'évacuation de la vessie. On dit et on répète que la vessie se vide à la manière d'une boule, qui se rétracterait derrière le pubis; or, c'est là une erreur : la vessie, grâce à la disposition de ses fibres musculaires, se vide à la manière de l'intestin, c'est-à-dire que l'une de ses parois, la postérieure, se rapproche de l'antérieure, et cette dernière dès lors s'abaisse beaucoup moins qu'on ne le suppose.

D'ailleurs, si l'on éprouvait quelque hésitation au sujet de la présence de la paroi vésicale au fond de la plaie abdominale, on n'aurait qu'à se guider sur l'ouraque. L'ouraque, en effet, n'est pas, comme on pourrait le croire, un simple cordon étendu de

l'ombilic au sommet du réservoir urinaire; arrivée en ce dernier point, elle s'étend, s'épanouit sur la face antérieure de la vessie, sous la forme d'une membrane et celle-ci est très facile à reconnaître, marquée qu'elle est par un petit sillon particulier.

Lorsque l'on a incisé sur ce sillon, on tombe sur une masse de tissu cellulaire qui, chez les sujets gras, peut masquer les parties profondes, et induire en erreur; mais là encore, on trouve un point de repère précieux: ce sont deux petites veines, parallèles à l'ouraque, descendant jusqu'au col de la vessie, qui ont été décrites par Sappey, et que je trouve indiquées de la manière la plus exacte dans l'atlas de Béraud (*fig.* 141). En incisant entre les deux veines, on est sûr de ne plus dévier, et de tomber dans la vessie.

J'ai dit, et je le répète, il faut faire à la paroi abdominale une incision plutôt grande que petite; mais que doit-on entendre par grande incision? Cela est d'autant plus important à indiquer que la longueur de l'incision cutanée doit varier avec chaque individu : elle doit être beaucoup plus longue lorsque l'on a affaire à un homme chargé d'embonpoint que lorsque l'on se trouve en présence d'un homme maigre. Eh bien, le guide le plus sûr à cet égard, ce sont les muscles pyramidaux, placés de chaque côté de l'ouraque; j'ai remarqué, en effet, que la hauteur de ces petits muscles correspond à la hauteur de la vessie, lorsqu'elle est dans son état ordinaire de replétion.

Cela fait, on pratique à la vessie, immédiatement au-dessus du pubis, une ouverture suffisante. Il n'est pas nécessaire qu'elle soit par trop grande, car les plaies de la vessie se laissent distendre, et l'ouverture qu'elles circonscrivent se dilate avec une grande facilité, au moment où l'on extrait le calcul; cela se comprend de soi, si l'on réfléchit que normalement, l'amplitude de la vessie varie d'un moment à l'autre, et dans des limites très étendues, suivant qu'elle est vide ou pleine d'urine. Le calcul que je viens d'extraire et qui est très régulièrement sphérique, a 7 centimètres de diamètre, 21 centimètres de tour par conséquent; je l'ai extrait cependant assez facilement, au travers d'une plaie de 5 centimètres de longueur.

Voilà ce que j'avais à dire relativement à l'opération, mais je ne veux pas terminer ces quelques réflexions sur la taille hypogastrique, sans rendre hommage à la mémoire de Giraldès. Ce chirurgien, en effet, avait entrevu les services signalés que cette taille pouvait rendre, et toutes les fois qu'il s'agissait d'enlever un volumineux calcul vésical, il ne manquait jamais de faire remarquer combien il trouvait étonnant qu'on ne la pratique pas plus souvent, parce que, disait-il, c'est la moins meurtrière de toutes les tailles.

A côté de Giraldès, je signalerai Souberbielle (de Metz), tout en faisant remarquer que ce dernier a exagéré les indications de l'opération, puisqu'il l'appliquait à l'extraction de tous les calculs; il aurait même obtenu vingt-neuf succès sur trente opérations, résultat fort encourageant sans doute, mais qui malheureusement ne peut être considéré jusqu'à présent comme de règle. En tout état de cause, il serait nécessaire de posséder un nombre d'observations bien plus grand que celui que nous connaissons, si l'on voulait se prononcer sur la gravité relative de la taille hypogastrique et des autres tailles; il y aurait lieu également de se demander si la taille hypogastrique n'a pas de suites plus graves que la taille périnéale par exemple, si surtout elle n'est pas plus souvent suivie de fistule.

Chez mon malade, la plaie, ainsi que je vous l'ai dit, a été longue à se fermer définitivement, mais je considère ce retard comme un avantage, bien plus que comme un inconvénient; car il n'est pas rare qu'un petit fragment de calcul écorné par la tenette, qui a échappé aux recherches du chirurgien pendant l'opération, soit expulsé par la fistule les jours suivants.

Mon malade a présenté un incident de cette nature; un débris de calcul est sorti par la plaie abdominale, alors qu'elle était encore perméable.

J'ajouterai que ce malade a été pansé au moyen des anciennes méthodes. Pendant quarante-cinq jours, sa plaie a été couverte de cataplasmes. Il est vrai que pendant les premiers jours, j'ai lavé sa vessie à l'aide d'acide borique, afin de rendre acide l'urine qui était alcaline.

Discussion.

M. Perier. Dans une prochaine séance, je communiquerai trois nouvelles observations de taille hypogastrique, et je répondrai à quelques-unes des considérations de M. Després. Pour le moment, je me bornerai à lui faire une remarque.

Les cinq expériences cadavériques, dont il vient de nous parler, sont très intéressantes sans doute; mais elles auraient eu bien plus de valeur s'il avait fait la contre-épreuve, c'est-à-dire s'il avait comparé la facilité avec laquelle il trouvait la vessie, sans manœuvre préalable d'aucune sorte, et la facilité avec laquelle il l'aurait trouvée après ballonnement du rectum et injection vésicale. On n'a jamais dit qu'il était impossible de tomber sur la face antérieure de la vessie, en incisant la paroi abdominale; ce que l'on a dit, c'est que la découverte de cette face antérieure est sin-

gulièrement facilitée par l'emploi des manœuvres auxquelles je viens de faire allusion.

Je regrette que M. Després n'ait pas songé à s'assurer de l'exactitude de ces particularités admises aujourd'hui par tout le monde; cela lui aurait permis de baser son appréciation sur des faits et non plus seulement sur une simple vue de l'esprit.

M. Lucas-Championnière. L'observation que vient de nous rapporter M. Després est certainement très intéressante, et, à ce titre, elle mérite d'être comptée au nombre des documents que nous nous efforçons de réunir en ce moment dans le but d'établir la valeur réelle de la taille hypogastrique.

Toutefois, notre collègue me permettra de lui faire un certain nombre d'objections au sujet de quelques-unes des considérations qu'il a cru devoir faire valoir pendant le cours de sa communication.

Et tout d'abord, je lui dirai que, parmi nos auteurs anciens, Giraldès et Souberbielle ne sont pas les seuls qui aient songé à remplacer par la taille hypogastrique la taille périnéale, en honneur jusqu'à ces derniers temps. Amussat père et fils, entre autres, partageaient cette manière de voir, et tous les deux ont pratiqué un nombre respectable de tailles hypogastriques, soit avec le bistouri, soit avec le galvano-cautère.

Pour mon compte, j'ai toujours soutenu cette thèse, et il m'est bien souvent arrivé, en voyant opérer M. Guyon, de lui faire remarquer combien, entre des mains moins habiles et moins exercées que les siennes, la taille hypogastrique était préférable à la taille périnéale, et même à bien des lithotrities.

Or, justement, il se trouve que, depuis ces derniers temps, les objections opposées à juste titre à la taille hypogastrique ont partiellement disparu, et que, grâce au ballonnement rectal et à l'injection vésicale, les principales difficultés de cette opération n'existent plus. Il n'y a rien d'étonnant, par conséquent, à ce que les chirurgiens de l'époque actuelle, suivant en cela les inspirations de leurs devanciers, tendent à adopter, de plus en plus, la taille hypogastrique comme méthode générale. Ce que je comprends moins, c'est que M. Després, qui, au fond, n'est nullement hostile à la taille hypogastrique, vienne nous proposer le retour aux anciens errements, causes principales de la défaveur qui a toujours entouré cette opération.

On ne saurait nier, en effet, que s'il est vrai que la vessie est normalement accessible par la région hypogastrique, elle l'est bien plus lorsqu'on a eu le soin d'injecter sa cavité et de placer en même temps un ballon rectal.

A cela, M. Després nous objecte cinq expériences cadavériques sur des sujets non préparés, et il nous dit que, sur quatre de ces sujets, il est entré facilement dans la vessie. Il nous permettra de considérer son objection comme étant pour le moins insuffisante. Tout d'abord, le petit nombre des sujets examinés peut nous faire craindre qu'il ne soit tombé sur une série heureuse. Ne voyons-nous pas, en effet, que les personnes, très compétentes en cette matière, M. Guyon, par exemple, estiment que s'il est des vessies faiblement distendues par l'urine, sur lesquelles on arrive facilement, par contre, il est nombre de vessies fortement distendues sur lesquelles on arrive difficilement. Et d'ailleurs, n'est-ce donc pas à considérer qu'un insuccès sur cinq, et ne doit-on pas s'estimer heureux de posséder un moyen qui rend plus improbable l'ouverture du péritoine, alors même que, grâce à nos nouvelles méthodes de pansement, l'ouverture de cette séreuse n'est plus aussi dangereuse que par le passé !

Mais ce n'est pas tout. Le fait de trouver la vessie n'est pas la seule condition du succès d'une taille hypogastrique ; il faut encore, ainsi que le faisait remarquer Amussat, la trouver facilement, sans fouiller le tissu cellulaire environnant ; c'est la meilleure manière d'éviter pour l'avenir l'infiltration urineuse. Eh bien, n'est-ce pas répondre à cette dernière indication que d'employer un ballon, dont le principal usage est justement d'amener la vessie en quelque sorte sous les yeux de l'opérateur ?

Ces objections, qui me paraissent capitales, ne sont cependant pas les seules que je ferai à la communication que vous venez d'entendre ; je désire encore m'élever contre quelques affirmations qui me semblent sans fondement et que je relève dans le discours de M. Després.

C'est ainsi qu'il nous affirme que les chirurgiens de notre époque tendent de plus en plus à restreindre l'étendue de leurs incisions. J'ignore où il a trouvé ce renseignement, mais je tiens à lui déclarer qu'il est complètement inexact, et que nous sommes tous partisans des grandes incisions.

De même, il nous dit que, sauf dans le moment qui suit immédiatement la miction, la vessie contient toujours assez d'urine pour s'élever d'une quantité suffisante au-dessus du pubis. Or, dans le plus grand nombre de cas, c'est absolument le contraire qui se produit ; la vessie, irritée par le calcul, est incapable de remplir ses fonctions comme réservoir de l'urine, quelquefois même l'on est obligé de lier la verge pour lui faire garder le liquide que l'on injecte au moment de l'opération.

Enfin, en ce qui concerne la physiologie de la vessie et ses rapports avec l'ouraque, il n'y a rien de bien nouveau.

M. TERRIER. Je ne dirai qu'un mot à M. Després : Comment se fait-il que, malgré l'horreur profonde qu'il professe pour les pansements antiseptiques, il ait eu recours, chez son malade, aux lotions essentiellement antiseptiques d'acide borique ?

M. MARC SÉE. Parmi les considérations anatomiques auxquelles s'est livré M. Després dans sa communication, je relève la suivante, qu'il me paraît difficile de laisser passer sans protestation :

Il nous dit que la hauteur des muscles pyramidaux peut être considérée comme un guide sûr, lorsqu'il s'agit de préciser l'étendue que l'on doit donner à l'incision de la ligne blanche : pour mon compte, je ne vois aucun rapport à établir entre la hauteur de ces muscles et la longueur de l'incision, et cela d'autant plus que les muscles pyramidaux peuvent être rangés parmi les organes les plus variables, aussi bien dans leur hauteur et dans leur forme que dans leur existence, qui n'est pas constante.

M. DESPRÉS. Je répondrai d'abord à M. Terrier que mes lotions d'acide borique n'ont répondu à aucune préoccupation antiseptique, et si j'ai employé ce corps déjà préconisé par Dubrueil en 1872, et que l'on trouve indiqué dans Bouchardat, aussi bien que dans le *Dictionnaire de thérapeutique*...

M. TERRIER. Il s'agit du borax, ce qui n'est pas la même chose.

M. DESPRÉS. C'est uniquement parce que je voulais détruire l'alcalinité de l'urine.

A M. Marc Sée, je répondrai tout d'abord que l'existence des muscles pyramidaux peut être considérée comme à peu près constante ; c'est à peine s'ils manquent une fois sur 100,000 sujets ; en cela, d'ailleurs, ils ne diffèrent nullement des autres muscles de l'économie puisque, comme vous le savez, le système musculaire est un de ceux dont les malformations sont les plus rares. Je reconnais, toutefois, que la hauteur de ces muscles est variable, mais cette variabilité n'est jamais telle que l'on ne puisse les prendre comme points de repère, lorsqu'il s'agit d'apprécier, sur des sujets gras, au fond d'une plaie très profonde, l'étendue dans laquelle la ligne blanche doit être incisée.

M. Lucas-Championnière m'objecte tout d'abord que mon fait n'est pas unique, qu'il en existe d'autres dans la science. Sans doute, mais il reconnaîtra cependant avec moi que ce n'est pas un fait banal, et qu'il est très digne d'être apporté à titre de document, dans le procès aujourd'hui pendant de la taille hypogastrique.

Mais je n'insiste pas à cet égard, et devant les objections de fond que M. Championnière m'a adressées, je crois devoir maintenir

l'affirmation que la vessie des calculeux contient toujours de l'urine en quantité notable, lorsqu'on ne les opère pas immédiatement après qu'ils ont uriné. La meilleure preuve de ce que j'avance, c'est que, si vous sondez un cadavre quelconque, vous voyez toujours une certaine quantité d'urine sortir par la sonde. C'est là un fait important, puisque c'est sur sa constatation que je me fonde pour rejeter le ballonnement aussi bien que l'injection vésicale.

Ce prétexte, d'ailleurs, n'est pas nouveau, tout au moins en ce qui concerne l'injection vésicale. Bien avant moi, Baudens a combattu l'emploi de cet artifice, aussi bien que celui qui consistait à introduire une sonde à dard dans la vessie.

Quoi qu'il en soit, et pour me résumer, je vous répéterai que je ne vous donne pas cette communication comme un fait nouveau; j'ai seulement voulu vous montrer que la taille hypogastrique, indiquée dans certains cas, est parfaitement justiciable des anciens procédés et que l'instrumentation compliquée proposée depuis ces derniers temps n'est pas nécessaire, surtout si l'on tient compte de certains points de repères sur lesquels j'ai insisté, parce que je ne les trouve qu'imparfaitement indiqués dans les auteurs classiques.

Lecture.

M. Poulet lit une observation *d'angiome pulsatile de la région temporale et du pavillon de l'oreille.*

Son travail est renvoyé à une commission composée de MM. de Saint-Germain, Nepveu et Richelot.

La séance est levée à 5 heures 10 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 10 octobre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux de la semaine.

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.*

3° M. BERGER présente de la part de M. Bouilly : 1° l'article TAILLE du *Dictionnaire de Jaccoud;* 2° *Quatre cas d'étranglement interne;* 3° *Revue critique sur la résection circulaire et la suture de l'intestin;* 4° *Une Revue générale sur l'entérectomie et de l'entérorraphie.*

4° M. VERNEUIL offre de la part de M. L.-H. Petit un travail sur l'anus contre nature et les fistules intestino-utérines.

La Société de chirurgie reçoit en outre un mémoire manuscrit: *Sur la cystotomie hypogastrique* ayant pour épigraphe : *An ad extrahendum calculum dissecanda ad pubem vesica.* Ce mémoire est destiné au concours du prix Laborie.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte regrettable qu'elle vient de faire en la personne de M. Drouineau père, chirurgien en chef honoraire des hospices civils de la Rochelle et membre correspondant de la Société de chirurgie depuis de longues années.

A propos du procès-verbal.

M. TILLAUX. Je vous demande la permission de relever certaines des assertions de M. Desprès relatives aux rapports du péritoine et de la vessie, et qui me paraissent erronées. Cette rectification me semble d'autant plus opportune, qu'à l'heure actuelle la connaissance exacte de ces rapports est de la dernière importance, puis-

que les chirurgiens tendent de plus en plus à revenir à la taille hypogastrique.

Cette question, des rapports de la vessie, m'a tout particulièrement préoccupé au moment où j'écrivais mon livre, et cela parce que je voulais vérifier les rapports indiqués comme nouveaux dans l'anatomie de M. Sappey, livre qui, comme vous le savez, fait autorité en pareille matière.

M. Sappey, en effet, était arrivé à cette conclusion : A mesure que la vessie se distend, dit-il, le péritoine descend sur sa face antérieure, et comme cette descente est d'autant plus prononcée que la vessie est plus distendue, la paroi antérieure de l'organe, par conséquent, est d'autant moins accessible qu'il contient une plus grande quantité d'urine. M. Sappey ajoute que les chirurgiens doivent se défier de ce rapport qui les expose à la blessure du péritoine, lorsqu'ils vont chercher la vessie au-dessus du pubis. C'est même en se basant sur ces considérations qu'il condamne la ponction vésicale.

Si une pareille manière de voir était exacte, il est certain que nous aurions tort de distendre la vessie des malades sur lesquels nous nous proposons de pratiquer la taille hypogastrique : nous irions en quelque sorte au-devant de la blessure du péritoine.

J'ai fait de nombreuses expériences cadavériques dans le but de fixer ce point d'anatomie, et de toutes il m'a semblé résulter que M. Sappey avait mal interprété les faits. Il m'a paru incontestable qu'au moment où la vessie s'élève par le fait de sa distension, elle soulève en même temps le péritoine qui recouvre la face postérieure de la paroi abdominale ; cette ascension de la séreuse est même exactement proportionnelle à la réplétion du réservoir de l'urine. On peut donc affirmer que plus la vessie est distendue, plus sa paroi antérieure devient accessible.

M. Després nous a parlé de la vessie demi-pleine, et il nous a affirmé que ses rapports méritent d'être envisagés d'une manière spéciale, au moment où elle est dans cette situation intermédiaire. J'avoue qu'il m'a paru inutile d'insister à cet égard. Entre la distension extrême qui fait remonter la face antérieure de la vessie à plus de trois centimètres au-dessus du pubis, et la vacuité absolue, pendant laquelle elle se cache derrière la symphise, on peut retrouver tous les intermédiaires, cela va de soi. Les indiquer d'une manière expresse, dire que la vessie demi-pleine ne remonte qu'à 1 centimètre, un peu plus pleine à 2 centimètres, un peu moins à 1/2 centimètre, eût été fastidieux ; j'ai voulu éviter cet écueil.

De toutes ces considérations je crois pouvoir conclure, contrairement à l'opinion de M. Després, que la distension de la vessie est chose fort utile lorsqu'il s'agit de pénétrer dans sa cavité par

une incision sus-pubienne, et que les chances que l'on a de léser le péritoine sont d'autant moindres que la distension est plus considérable.

Je professe la même opinion au sujet du refoulement de l'organe en avant, et je considère comme excellent l'emploi du ballon rectal de Petersen. Quand le rectum est vide, la vessie, fût-elle pleine d'urine, ne remplit pas le petit bassin; elle peut être refoulée en arrière, fuyant ainsi au-devant du bistouri. Il en est tout autrement lorsque le rectum est plein; la vessie appliquée dès lors contre le pubis, se tend sous les yeux, à la manière d'un kyste ou d'un abcès prêt à se rompre, et la tâche du chirurgien en est facilitée d'autant.

Pour me résumer, je conclurai donc que :

1° Plus la vessie est distendue, plus le péritoine remonte, et plus la paroi vésicale antérieure est accessible;

2° Lorsqu'on pratique la taille hypogastrique, il est très utile de distendre la vessie;

3° Le ballonnement rectal est une excellente chose qui facilite singulièrement la tâche du chirurgien, au moment où il va ouvrir la vessie par le procédé de la taille hypogastrique.

M. Marc Sée. Dans la dernière séance, je n'ai pas voulu insister sur les rapports du péritoine et de la vessie, parce que la question me paraissait tranchée, et cela malgré l'affirmation de M. Sappey. Aujourd'hui, M. Tillaux a cru devoir préciser ces rapports, il va sans dire que je partage son opinion.

J'ajouterai toutefois ceci à ce qu'il vient de dire : On comprend très bien que la vessie en se distendant soulève en haut le péritoine, puisque celui-ci, très peu adhérent dans la portion qui correspond à la paroi abdominale et à la face antérieure de la vessie, est très adhérent au sommet de la vessie; ce sommet, dès lors, ne peut s'élever sans entraîner avec lui le cul-de-sac qui se réfléchit de la vessie sur la paroi abdominale. Le ballonnement rectal élevant, lui aussi, le sommet vésical, exagère encore le phénomène, et il contribue ainsi à rendre la paroi vésicale antérieure plus accessible, en même temps qu'il la fixe solidement contre le pubis.

Ceci dit, je reviens sur la particularité que je signalais à la dernière séance, à savoir, la variabilité des muscles pyramidaux.

M. Després a formellement contredit l'opinion que j'ai exprimée au sujet de ces petits muscles. Je comprends qu'il n'ait pas voulu s'en rapporter à ma simple autorité, mais il ne pourra récuser, j'espère, les autorités sous lesquelles je vais me placer aujourd'hui.

C'est d'abord Henle qui déclare que la hauteur du muscle pyra-

midal est variable et qu'il n'est pas le même des deux côtés; un d'entre eux manque quelquefois, souvent même ils sont absents l'un et l'autre.

M. Sappey déclare, de son côté, que l'existence de ces muscles n'est pas constante ; bien souvent il n'y en a qu'un seul extrêmement variable comme longueur et comme volume.

Enfin, Cruveilher les décrit comme étant de petits muscles qui manquent souvent.

Il me paraît bien difficile de se servir, comme point de repère, de muscles aussi variables dans leur existence comme dans leur volume, leur longueur, etc., et je doute fort qu'à l'avenir il se trouve beaucoup de chirurgiens qui veuillent se baser sur eux pour déterminer la longueur qu'ils doivent donner à l'incision destinée à les conduire sur la vessie, dans la taille hypogastrique.

M. Trélat. Je partage complètement l'avis de mes collègues en ce qui concerne les rapports de la paroi antérieure de la vessie distendue par un liquide quelconque; il est d'ailleurs facile de s'assurer que c'est bien ainsi que les choses doivent être comprises. Il suffit de faire la préparation suivante, que je ne manquais jamais d'utiliser à l'époque où je donnais des leçons d'anatomie:

On remplit la vessie avec de l'eau, puis on dissèque la peau de la région hypogastrique, de façon à mettre à découvert les insertions inférieures des muscles droits et des muscles pyramidaux, sur lesquels, soit dit en passant, je suis complètement d'accord avec M. Sée. Cela fait, l'on sectionne l'insertion de ces muscles de façon à ouvrir la cavité de Retzius et l'on tombe immédiatement sur la paroi antérieure de la vessie. Quant au péritoine, il est vrai qu'il forme un cul-de-sac entre la paroi abdominale et la vessie, mais ce sinus, variable d'étendue, suivant les individus et suivant l'état de distension de la vessie, n'est jamais très profond.

M. Desprès. Je ne contredis pas l'opinion qu'exprime M. Trélat, au sujet des rapports de la vessie avec la paroi abdominale antérieure, mais ce que je dis c'est qu'ils sont autres, alors que la vessie est seulement à moitié pleine d'urine, c'est-à-dire quand on est dans les conditions ordinaires de la vie, à moins que l'on ne vienne d'uriner. Je devrais ajouter cependant que mon affirmation ne s'applique rigoureusement qu'à la partie médiane de la face antérieure ; cette face antérieure se présente, en effet, sous la forme d'un triangle, à sommet dirigé vers l'ombilic, de telle sorte que sa hauteur est bien plus grande à la partie médiane que sur les parties latérales, ce que tous les anatomistes ont méconnu.

Or, c'est de cette partie médiane que j'ai entendu parler, puis-

que c'est la seule dont le chirurgien ait à se préoccuper dans la taille sus-pubienne. J'ai même ajouté que l'ouraque, au moment où elle s'insérait au sommet de la vessie, donnait lieu à la formation d'un petit sillon qui était un excellent point de repère.

En ce qui concerne le ballon rectal, il est un reproche que j'ai omis de lui faire à la dernière séance, et qui cependant a son importance, c'est le suivant : en distendant le rectum, le ballon repousse en avant le paquet intestinal ; celui-ci, dès lors, vient presser sur le péritoine de chaque côté de la vessie et le fait saillir sur les parties latérales de l'incision, à la manière de deux mamelles volumineuses. De là résulte une grande difficulté pour éviter la séreuse, et je ne serais pas étonné que ce soit à cette circonstance qu'il faille attribuer la mort par péritonite de l'un des malades opérés par M. Guyon, avec l'aide de ce ballon rectal.

En ce qui concerne le pyramidal, je ferai remarquer tout d'abord que l'importance du petit muscle n'est pas telle, que les auteurs qui l'ont décrit s'en soient occupés d'une manière spéciale ; il est bien probable qu'ils se sont tous copiés les uns sur les autres, et c'est ainsi que je m'explique l'accord des anatomistes que M. Sée vient de nous citer. Pour mon compte je l'ai trouvé, lui ou un tendon le remplaçant, chaque fois qu'en ouvrant un ventre, j'ai porté mon attention vers le pubis.

C'est qu'en effet, si le corps de ce muscle est variable, il n'en est pas de même si on le considère dans son ensemble, c'est-à-dire uni à sa partie tendineuse, que l'on pourrait considérer à la rigueur comme une dépendance du muscle grand droit.

M. Tillaux. Quoi qu'il en soit de toutes ces considérations anatomiques, je crois que c'est un mauvais service que M. Després aura rendu aux jeunes chirurgiens, s'il les persuade que la recherche de la vessie au-dessus du pubis, n'est pas plus difficile, que cet organe soit plein ou qu'il soit à moitié vide. Les mécomptes auxquels il les expose sont d'autant plus grands, que le conseil qu'il leur donne d'aller à la recherche de l'ouraque n'est pas exempt de danger, surtout lorsque cette recherche est faite par un chirurgien encore inexpérimenté.

Pour mon compte, je me sens très disposé à retourner le conseil de M. Després et, si je m'adressais à nos jeunes confrères, je leur dirais : « Cherchez la vessie, mais tâchez de ne pas voir l'ouraque ; si par malheur vous le voyez, méfiez-vous, car le péritoine est bien près. »

M. Monod. Les remarques de M. Tillaux sont très justes. Dans toutes les opérations de taille hypogastrique que j'ai eu occasion

de pratiquer, j'ai toujours eu pour préoccupation principale d'éviter, et si possible de ne *pas voir* le péritoine. A cet égard, je ne puis que recommander à l'exemple de M. Guyon la manœuvre qui consiste, aussitôt l'aponévrose ouvert et le tissu graisseux péritonéal mis à découvert, à refouler avec le doigt, de bas en haut, tous les tissus qui recouvrent la face antérieure de la vessie ; le péritoine est repoussé dans l'angle supérieur de la plaie sans avoir été vu.

Puisque j'ai pris la parole, j'ajoute, au sujet de l'emploi du ballon de Petersen, que de mes six tailles hypogastriques, trois ont été faites avant l'emploi du ballonnet rectal, trois depuis que ce perfectionnement a été introduit dans la pratique. Or je n'hésite pas à dire que le ballon rectal en soulevant la vessie et en la mettant pour ainsi dire en la main, facilite singulièrement l'opération, tant pour la découverte de son incision que pour les manœuvres d'extraction.

M. Desprès. Je conclus de la première partie des remarques de M. Monod et de sa crainte du péritoine, qu'il préconise pour la taille hypogastrique des incisions de petite dimension. Au contraire je recommande une longue incision de dix centimètres au moins de la peau et de l'aponévrose. La découverte de l'ouraque n'offre certainement pas les difficultés dont vient de nous parler M. Tillaux. Si l'on a soin de faire une longue incision de la peau et de l'aponévrose, ainsi que je l'ai recommandé, si surtout l'on se guide sur les deux veines dont j'ai parlé à la dernière séance, l'ouraque se présente immédiatement, sous la forme d'un cordon blanchâtre, qui conduit directement à la vessie.

M. Monod. Loin de conseiller la petite incision, j'ai toujours moi aussi fait à la peau une incision de dix centimètres. La section de l'aponévrose était un peu moins étendue.

Rapports.

De la corde épiploïque, par M. Bouilly ;

Rapport par M. Nepveu.

M. Bouilly, dans un mémoire qu'il vous a lu, il y a quelques temps sur la pathogénie de la corde épiploïque arrive aux conclusions suivantes :

La corde épiploïque indique que l'épiploon est irréductible soit

par adhérence en un point quelconque du trajet herniaire, soit par hypertrophie de ses éléments incarcérés dans le sac.

A l'appui de ces conclusions, M. Bouilly cite le résultat de ses recherches dans la littérature médicale, et nous communique un fait personnel très intéressant.

Dans cette observation, l'épiploon était adhérent par une espèce de pédicule large environ d'un centimètre et demi à la partie inférieure du sac, immédiatement au-dessus du testicule. Ces adhérences solides, anciennes, n'ont pu être décollées: il a fallu les sectionner, et tout aussitôt l'épiploon libéré a disparu dans la cavité abdominale. Il y a bien peu de travaux sur la corde épiploïque ; ce mémoire de M. Bouilly ajoute à un fait personnel les recherches approfondies dans la littérature médicale, aussi me semble-t-il devoir vous proposer d'adresser :

1° Des remerciments à l'auteur;

2° De publier *in extenso* son mémoire dans vos bulletins;

3° De maintenir M. Bouilly dans un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

De la corde épiploïque.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les hernies ont cherché, dans un chapitre diagnostique, à donner les signes capables de faire reconnaître le contenu du sac herniaire, de révéler la présence de l'intestin seul, de l'épiploon seul ou de ces deux parties herniées ensemble. Tous ceux qui ont écrit depuis trente ans sur ce sujet, ont, à la suite de Velpeau, indiqué la présence d'une bride résistante dite corde épiploïque, qui serait le signe d'une épiplocèle soit simple, soit accompagnant une hernie intestinale.

D'après Velpeau, il existerait une corde tendue fixée par sa pointe du côté du scrotum, qui se prolonge dans toute la longueur du canal inguinal et peut être suivie dans la fosse iliaque se dirigeant vers l'arc du colon. Aussi ce chirurgien conseille-t-il d'explorer attentivement toute la longueur du canal inguinal et la fosse iliaque à travers les parois de l'abdomen rendues aussi souples que possible.

La plupart des chirurgiens n'ont accordé et n'accordent à ce signe qu'une valeur médiocre; Nélaton (*Traité de path., ext.* t. IV, p. 349) doute que l'on puisse, même dans le cas ou l'on sentirait cette bride, formuler un diagnostic; M. Gosselin (*Leç. sur les Hernies*, p. 311) insiste sur la difficulté de sentir la corde épiploïque, si elle est trop mince ou trop souple ou si la paroi abdominale est trop épaisse.

Je n'ai nullement l'intention de rééditer ces divers points; cette note a pour objet l'étude de ce petit côté spécial : pourquoi dans les hernies *entéro-épiploïques irréductibles* tantôt existe et tantôt n'existe pas cette *corde épiploïque* qui a été donnée comme caractéristique de l'épiplocèle?

Tout le monde connait la fréquence extrême de la présence simultanée de l'intestin et de l'épiploon dans les hernies irréductibles, et chacun a pu remarquer la rareté considérable du signe de Velpeau, alors même qu'une portion plus ou moins importante de l'épiploon fait partie de la même hernie.

Il existe en effet des conditions particulières nécessaires pour la formation de la corde épiploïque, conditions que j'ai du constater dans l'observation suivante, où sont constatés avec soin les signes de la hernie et les particularités du contenu herniaire.

Le 9 janvier 1882, j'étais appelé à l'hôpital Beaujon, pour voir un garçon de 21 ans, atteint depuis 40 heures d'étranglement herniaire et ayant déjà subi sans succès une série de tentatives de réduction.

Il porte une hernie inguino-scrotale droite du volume environ du poing.

Au toucher, on constate que toute la partie scrotale est molasse et faussement fluctuant, constituée probablement par de l'épiploon que cet épiploon est encore presque seul au niveau de la racine des bourses et qu'une partie manifestement tendue et rénitente se trouve seulement très près de l'orifice cutané du trajet inguinal. En outre, tout le long de ce trajet, au-dessus de l'arcade crurale et intimement appliquée contre elle, on sent une masse dure, résistante, tendue, se continuant d'une part avec les parties situées au dehors, d'autre part, se perdant dans la profondeur du ventre, du côté de la fosse iliaque.

La douleur à la palpation est peu vive au niveau de la tumeur des bourses ou même de la racine; elle est très marquée dans la région de l'orifice cutané du trajet, vive également dans la tuméfaction située au-dessus de l'arcade crurale dans l'épaisseur de la paroi.

Le testicule est très nettement isolable à la partie inférieure de la hernie.

Il n'est pas douteux pour moi qu'il s'agit là d'une entéro-épiplocèle irréductible, que la tumeur scrotale est constituée par de l'épiploon, que l'intestin n'est sorti qu'en faible quantité et est étranglé au niveau de l'orifice externe, que la tumeur située dans la paroi au-dessus de l'arcade est constituée soit par la *corde épiploïque*, soit par une portion de la hernie réduite en masse ou située entre le péritoine et la paroi abdominale (hernie propéritonéale).

Quoi qu'il en soit, la persistance des accidents, l'absence complète et certaine d'émission gazeuse par l'anus depuis leur début, les tentatives inutiles de taxis faites à plusieurs reprises, la douleur très vive au niveau de l'orifice externe, la disposition un peu bizarre des parties, m'engagent à pratiquer de suite la kélotomie sans faire de nouvelles tentatives de taxis.

Après l'incision du sac, on aperçoit une grosse portion d'épiploon congestionnée ; en bas, cet épiploon est adhérent par une espèce de pédicule large environ d'un centimètre 1/2 à la partie inférieure du sac, immédiatement au-dessus du testicule. Cette adhérence est solide, ancienne, et ne peut être réduite ni par traction ni par décollement. Ce pédicule est saisi dans une pince à forcipressure et sectionné d'un coup de ciseau au-dessous de celle-ci.

Immédiatement, la masse épiploïque se trouve libérée et la tumeur située dans la profondeur de la paroi, au-dessus de l'arcade crurale et dans le ventre, disparaît à l'instant.

J'avais donc la confirmation que cette masse rétro-pariétale et abdominale était bien formée par la corde épiploïque et du même coup l'explication du mécanisme de la formation de cette corde.

Souvent, en effet, dans les hernies déjà assez nombreuses que j'ai opérées (50 depuis 4 ans), il m'était arrivé de remarquer que dans les hernies composées d'épiploon et d'intestin, cette corde faisait défaut dans l'immense majorité des cas, de sorte que j'attribuai une faible importance à sa présence ou à son absence au point de vue du diagnostic des parties constituantes de la hernie.

Le fait actuel donne l'explication de ces différences d'aspect : *la corde épiploïque* n'existe et ne peut sans doute exister que lorsque l'épiploon est *adhérent* en un point du sac herniaire, et cette corde sera sans doute d'autant plus marquée que cette adhérence se fera en un point plus déclive de ce sac. Cette adhérence d'une part et la résistance d'autre part de l'épiploon retenu dans l'abdomen tiraillent et tendent les parties de manière à leur donner cette rigidité qui leur a valu, dans le trajet inguinal et au-dessus de lui, le nom de corde épiploïque. Une fois l'adhérence inférieure sectionnée, la corde disparaît ; c'est ce qui se produisit d'une manière frappante dans le cas en question.

Ce fait du tiraillement de l'épiploon et de sa tendance au retrait dans l'abdomen fut encore démontré par une autre circonstance : après une forte ligature au cat-gut, toute la portion épiploïque herniée fut réséquée et alors abandonnée à elle-même, le moignon rentra rapidement dans le ventre, comme s'il y était fortement attiré ; condition favorable sans doute à la formation de la corde avec une adhérence extérieure.

Au point de vue pratique, ce fait de la tension de l'épiploon et

de la rétraction du pédicule épiploïque dans le ventre à une profondeur où il devient inaccessible, impose la nécessité de bien soigner la ou les ligatures en masse que l'on fait avant la résection de l'épiploon ; une hémorragie se produisant dans le ventre par les vaisseaux de ce pédicule ainsi rétracté pourrait donner lieu aux accidents les plus graves et aux difficultés les plus grandes. J'ai, il y a quelques années, observé un fait de ce genre dans la pratique du professeur Panas, à Lariboisière, où l'hémorragie ne put être arrêtée qu'après des recherches pénibles pour aller ressaisir l'épiploon réséqué et rétracté dans les profondeurs de l'abdomen.

J'ajoute que, chez mon malade, la hernie contenait en outre une petite anse intestinale qui fut réduite après débridement et que la guérison survint très vite sans incident notable.

En résumé, nous conclurons de ce fait :

1° Que *la corde épiploïque* existe quand l'épiploon a contracté une adhérence à la partie inférieure du sac ; et qu'elle n'existe sans doute que dans ces conditions ;

2° Que sa constatation indique non seulement la présence de l'épiploon, comme on l'a répété depuis Velpeau, mais la formation d'une adhérence au sac, circonstance peu favorable à la réduction des parties par le taxis et prédisposant à leur contusion ;

3° Qu'après la section de cette adhérence et la résection de l'épiploon hernié, le moignon épiploïque a une grande tendance à rentrer profondément dans l'abdomen.

Si l'on cherche à se rendre compte des autres causes qui peuvent donner lieu à la formation d'une corde épiploïque, on arrive à ce résultat facile a prévoir *à priori* que cette corde se produira dans le cas où il y a irréductibilité de l'épiploon jointe à un certain degré de tension. Cette dernière condition me paraît indispensable ; car, il ne manque pas de cas ou une épiplocèle irréductible ne s'accompagne pas de la présence de cette base spéciale qui constitue la corde épiploïque.

Or, les conditions de cette tension me paraissent encore difficiles à déterminer, étant connue la laxité ordinaire de l'épiploon qui lui permet de s'engager si facilement en si grande abondance dans toute ouverture naturelle ou accidentelle de la paroi abdominale.

Quoi qu'il en soit, et sans nous livrer à des hypothèses sans fondement, nous rappellerons seulement ici les cas où l'on a constaté la présence de la corde épiploïque, en dehors des conditions d'adhérence au fond du sac herniaire que j'ai relatées plus haut.

1° La production d'une *hypertrophie épiploïque* sans adhérence, d'un fibro-lipome épiploïque dans la cavité d'un sac herniaire, a pu donner lieu au même signe.

Schmneker (*Vermischte Chir.*, *Schr.* II, p. 57, 1776-1782),

rapporte un cas de ce genre dans lequel le chirurgien, opérant une hernie étranglée, dut réséquer après ligature toute la portion d'épiploon hypertrophié.

2° Il en est de même de l'*adhérence* de l'épiploon dans le trajet inguinal ou aux environs d'un orifice herniaire.

Je puis fournir à ce sujet une observation personnelle qui me paraît très concluante. Il s'agit d'un homme vigoureux de 47 ans, entré en septembre 1874, dans le service du professeur Verneuil, à la Pitié, alors suppléé par M. Nicaise.

Depuis trois ans, cet homme porte dans la région inguinale droite, au niveau du trajet, une petite tumeur de la grosseur d'une noix environ, absolument indolente, apparue sans cause connue, restant ordinairement au dehors de l'abdomen, mais rentrant facilement par une légère pression avec un gargouillement caractéristique, ayant en un mot tous les caractères d'une petite hernie intestinale interstitielle. Jamais cette tumeur n'a été maintenue par un bandage et jamais elle n'a provoqué ni douleur, ni constipation, ni vomissement, etc. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme fit une chute de quelques pieds de hauteur, et, en tombant, il se rattrapa par les mains à une barre de fer transversale, située au-dessus de sa tête. Immédiatement après cet effort, il s'aperçut que sa tumeur de l'aine avait notablement augmenté de volume et qu'il ne pouvait plus la faire rentrer dans le ventre comme à l'habitude. Néanmoins, il n'en éprouva aucun autre accident; il n'eut ni douleur abdominale, ni constipation, ni vomissement; ce n'est que par suite de la gêne que cette tumeur lui occasionnait dans son travail qu'il se présenta à l'hôpital, 15 jours après son apparition.

A l'entrée du malade, l'état général est excellent; les fonctions digestives et intestinales s'exécutent librement.

A la région inguinale droite, on observe une tumeur hémisphérique ayant environ le volume de la grosse extrémité d'un œuf, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur est exactement placée dans l'axe du trajet inguinal dans l'épaisseur duquel elle semble contenue; elle ne dépasse pas l'orifice cutané de ce trajet dans lequel on peut introduire l'extrémité du doigt et qui n'est que peu dilaté.

Au toucher, cette tumeur est indolente; elle est dure, mate, immobile, régulière et donne à la palpation une sensation de fausse fluctuation. Par sa partie externe, elle semble se prolonger en remontant le long du trajet inguinal et au point où elle cesse, on la sent manifestement se continuer avec une partie plus profonde, dure, immobile, qui semble remonter dans l'abdomen et qui forme avec la tumeur un angle obtus ouvert en dedans.

Cette partie profonde semble n'être autre chose qu'une portion d'épiploon tendue, se continuant avec la tumeur inguinale et formant la *corde épiploïque.*

Des pressions très modérées exercées sur la tumeur démontrèrent qu'elle était irréductible ; la pression au niveau du point où la tumeur se continuait avec la corde déterminait une légère douleur.

Le diagnostic porté fut : épiplocèle irréductible.

Le traitement consiste dans le repos au lit et l'application sur la tumeur de cataplasmes recouverts d'onguent mercuriel.

Au bout de 15 jours, la tumeur avait un peu diminué de volume tout en conservant les mêmes caractères.

Le malade n'éprouvant aucune gêne, sur l'assurance que sa tumeur ne rentrerait sans doute jamais complètement, demanda sa sortie qui lui fut accordée dans les premiers jours d'octobre.

En résumé, nous terminerons cette communication déjà longue par les conclusions suivantes ajoutées à celles que nous avons déjà formulées plus haut :

1° La corde épiploïque indique que l'épiploon est irréductible soit par adhérence en un point quelconque du trajet herniaire, soit par hypertrophie et transformation de ses éléments, dans un sac herniaire ;

2° La constatation de cette corde contre-indique le taxis et conduit à des indications différentes que nous n'avons pas à discuter ici.

Sangsues dans les voies aériennes, par M. Vieusse.

Rapport par M. G. Nepveu.

M. Vieusse, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire d'Oran (Algérie), nous a envoyé une intéressante observation d'extraction par les voies naturelles d'une sangsue fixée à l'entrée du larynx.

Voici cette courte observation :

Obs. I. — Observation de M. Vieusse :

Un Arabe, âgé de 27 ans, robuste et vigoureux, se présente à la consultation de l'hôpital militaire de Tlemcen, le 25 septembre 1881. Depuis une quinzaine de jours, il avait, disait-il, une sangsue dans la

gorge. Les symptômes décrits par le malade, qui est très intelligent, sont les suivants :

Crachements de sang toutes les dix minutes, sensation de corps étrangers au niveau de l'os hyoïde, dyspnée peu considérable, toux violente, voix nasonnée et dysphagie assez grande.

A l'examen du pharynx, M. Vieusse constate un peu de rougeur. Le laryngoscope fait voir une sangsue à gauche, étendue du sommet du cartilage aryténoïde à la base de l'épiglotte. Dans cette situation, elle laisse libre toute la glotte, ce qui explique le peu de réaction que provoque sa présence. Après une première tentative infructueuse, la sangsue fut extraite vivante à l'aide d'une pince de Cusco. Le malade fut immédiatement soulagé, et les symptômes qu'il éprouvait cessèrent bientôt.

L'auteur n'a pu trouver que deux faits semblables (Vital et Massei) dans la littérature médicale ; j'ai eu la bonne fortune d'en trouver quatre autres (Lacretelle, Blandin, Gesualdo Clementi et Scrive), ce qui fait au total 7 observations de ce genre.

Dans deux de ces cas (Lacretelle et Blandin), les accidents de dyspnée et de suffocation ont été tels, que la mort s'est produite avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Dans cinq autres cas, les accidents ont été moins violents et ont laissé au chirurgien le temps d'intervenir ; une toux incessante, des accès de dyspnée, une aphonie complète de la dysphagie, crachements de sang, tels ont été les premiers signes observés. Quelques malades ont pu donner des renseignements bien plus précieux. Ils avaient bu à une fontaine qui contenait des sangsues filiformes ; ils sentaient dans le larynx des picotements incessants, l'un d'eux sentait même des allées et venues de l'animal dans la trachée ; enfin le laryngoscope quand il a été employé, a permis de reconnaître la sangsue elle-même (Massei, Clementi, Vieusse).

La situation de la sangsue était variable ; dans les deux cas suivis de mort foudroyante, la sangsue était fixée dans un des ventricules du larynx, la sangsue de Vital adhérait à la trachée par ses deux extrémités, celle de Massei était fixée au cartilage aryténo-épiglottique, comme celle de Clémenti, comme celle de Vieusse.

On conçoit facilement que lorsque la sangsue se trouve à l'entrée du larynx et qu'elle ne produit pas d'accidents immédiatement menaçants, on puisse l'extirper par les voies naturelles comme l'ont fait Massei, Clementi, et M. Vieusse. Mais lorsqu'il est impossible de l'extraire par les voies naturelles, doit-on faire la laryngotomie par la méthode de Desault, comme l'a fait Vital, comme le propose M. Vieusse.

Actuellement la laryngotomie est délaissée par la plupart des

chirurgiens ; la trachéotomie proprement dite, faite d'urgence, ou encore faite de propos pélibéré, est maintenant l'opération généralement préférée.

En terminant, j'ai l'honneur de proposer à la Société :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur ; 2° de déposer son travail dans nos archives.

Obs. II. — Lacretelle. — *Mém. de chirurgie militaire*, 1re série, tome xxiii, 1827.

Un soldat du 38e de ligne fut pris tout à coup de suffocation (1809 en Espagne), M. Bouillaud, chirurgien-major, oncle du professeur de la Faculté, est appelé en toute hâte. M. Lacretelle l'accompagne. Ils se résolurent à pratiquer la laryngotomie, mais le malade mourut pendant les préparatifs. A l'autopsie, on trouva une sangsue fixée dans le ventricule droit du larynx. Son corps obstruait presque complètement la glotte.

Obs. III. — Blandin. — *In Lanhenbeck's archiv.*, t. x viii, p. 198.

Le professeur Schrotter, de Vienne, communique au docteur Clementi le fait suivant que je n'ai trouvé mentionné que là.

Blandin racontait à sa clinique qu'un soldat qui avait bu de l'eau dans une mare tomba mort suffoqué. A l'autopsie, on trouva une sangsue dans le ventricule de Morgagni.

Obs. IV. — Vital. — *Gazette médic.*, 1838, p. 138.

Jeune soldat de la légion étrangère, 25 ans. Crachements de sang depuis un mois, survenus brusquement un quart d'heure après avoir bu à une fontaine publique. Picotements à la gorge, sensation d'allées et venues de l'animal dans la trachée. Se souvient que la fontaine contenait des sangsues filiformes.

46 jours après le début des accidents, laryngotomie de Desault. Un mouvement d'expiration fait jaillir une grosse sangsue par son milieu, elle continuait d'adhérer par ses deux extrémités. Il fallut une traction assez forte pour la détacher. Les suites de l'opération furent bonnes. Voix revient. Petit abcès qui guérit très bien.

Obs. V. — Massei. — (*Il Morgagni*, xvi, 10. Voir *Schmidt's Jahrbücher*, t. 170, p. 271, ou encore Poulet : *in Corps étrangers*, 463.

Homme 33 ans. Toux violente, dyspnée, disphagie, voix nasonnée, crachats. Il y a 15 jours a bu de l'eau sale dans un marais. Au laryngoscope : sangsue à droite au dessus du ligament arytèno-épiglottique.

Extraction avec pince à polype à l'aide du laryngoscope.

Obs. VI. — Gesualdo Clementi. — (*Langenbeck's archiv.*, tom. xviii, p, 194.)

Femme, 58 ans. Prise 1er août de violents accès de toux, de crachements de sang et d'une aphonie presque complète. Le 15 août, le docteur Ges. Clementi l'examine au laryngoscope et à sa grande stupéfaction aperçoit une sangsue dans le larynx. Elle avait sa bouche fixée au cartilage aryténoïde droit et son corps pénétrait presque dans sa trachée. Il essaya vainement de l'extraire avec une pince laryngienne, ses tentatives durèrent une demi heure. Le 16, il se servit d'une pince munie de dents ; bien que saisie par son milieu, la sangsue échappa encore. Mais alors reprenant la sangsue à nouveau, et l'amenant jusqu'à la base de la langue, il pria le confrère qui l'assistait de la saisir avec une pince à polype ; celui-ci la saisit et lui fit faire un mouvement de torsion qui parvint à la détacher. Le malade guérit parfaitement. La sangsue était une *hirudo sanguisorba* ; elle se trouvait dans une salade que le malade avait placé près d'une cruche d'eau potable ; elle y était tombée et la malade l'avait avalée en buvant à la cruche.

Obs. VII. — Baizeau. — (*Arch. génér. de médecine*, 1863, p. 164.)

Baizeau rapporte dans son mémoire que M. Servoisier, pharmacien en chef d'Alger lui a raconté que M. Scrive a fait à Alger la laryngotomie pour extraire une sangsue fixée dans le larynx d'un malade qui était menacé d'asphyxie.

De l'orteil en marteau, par M. Blum.

Rapport par M. Nepveu.

M. Blum vous a lu, le 14 février dernier un travail intéressant sur l'orteil en marteau. Je viens vous résumer en quelques mots les principaux résultats auxquels il est arrivé.

M. Blum, laissant de côté la déviation congénitale, recherche d'abord la cause de la déviation acquise.

Dans trois dissections qu'il a faites de cette lésion, il a trouvé que la capsule et les ligaments périarticulaires de l'articulation phalango-phalanginienne étaient très épaissis ; la capsule surtout formait à sa face plantaire une véritable corde qui empêchait le redressement de l'article. Evidemment cette lésion est secondaire.

Quelle en est doncl'origine ? Pour M. Blum, l'orteil en marteau acquis est le résultat d'une périarthrite de l'articulation phalango-phalanginienne. Cette périarthrite serait produite par l'irritation

sourde due à la contusion répétée et chronique du durillon qui siège à la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne.

Dans cette hypothèse, il faudrait rejeter toutes les théories émises jusqu'ici : celle-ci, par exemple, l'orteil en marteau est produit par une chaussure trop courte. Cette autre, qu'il est du a un excès de longueur du second orteil, cet autre, enfin, qui veut que la contracture primitive d'un muscle ou consécutive à la paralysie de l'antagonisme produise le plus souvent cette déviation.

Quoi qu'il en soit de ces théories, le travail de M. Blum résume complètement ce qui a été fait sur ce point restreint de la pathologie, il y ajoute quelques recherches personnelles, j'ai donc l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; de maintenir à son nom un rang honorable sur la liste des candidats au titre de membre titulaire ; 3° de publier *in extenso* cette courte et intéressante note dans vos Bulletins.

Orteil à marteau.

Sous la dénomination d'orteil en marteau, on comprend une déviation dans la direction verticale de l'orteil qui prend la forme dite en cou de cygne. La première phalange étendue sur le métatarsien correspondant, forme avec la face dorsale du pied, un angle obtus. La deuxième phalange en flexion sur la première forme le plus habituellement, avec celle-ci, un angle droit. La dernière phalange, enfin, est étendue légèrement sur la seconde, en formant un angle dorsal plus ou moins ouvert. Quelquefois, au contraire, la phalangette est également fléchie vers la face plantaire de manière à ce que le bord libre de l'ongle appuie sur le sol.

En examinant plus attentivement l'orteil martelé, on voit le tendon de l'extenseur faire une saillie notable sous la peau ; il forme une corde dure, facile à percevoir.

L'union de la première et de la seconde phalange forme un angle saillant plus élevé que le plan des autres orteils. Cette articulation présente une notable augmentation de volume due, en grande partie à un épaississement de la peau. En effet, l'empeigne de la chaussure frotte continuellement sur cet angle et amène, à la longue, la production d'un durillon volumineux sous lequel se forme souvent une bourse séreuse accidentelle.

Le durillon est le siége de douleurs quelquefois intolérables qui rendent la marche difficile, quelquefois même impossible. La cause de ces douleurs paraît être la compression des tubes nerveux qui sont hypertrophiés et présentent çà et là des renflements plus ou moins accusés. La bourse muqueuse elle-même peut devenir

le point de départ d'accidents plus ou moins graves ; elle peut suppurer, et quand elle communique avec l'articulation, donner lieu à un ostéo-arthrite sérieuse. L'affection arrivée à ce dégré a été décrite par Dubreuil sous le nom de *mal dorsal des orteils.*

La pulpe de l'orteil correspond au bord libre de l'ongie est également souvent le siège d'une prolifération de l'épiderme qui est due au contact de l'extrémité de l'orteil avec le sol. Les mouve-d'extension et de flexion des articulations métatarso-phlangiennes et de la phalangine avec la phalanguette sont conservés. Il en est quelquefois de même de l'articulation de la première et de la deuxième phalange ; mais le plus habituellement cette articulation est plus ou moins ankylosée, et si, dans certains cas, on peut augmenter légèrement la flexion, il est impossible de ramener la deuxième phalange dans l'extension sur la première.

L'obstacle semble provenir quelquefois de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané; quelquefois au contraire il siège profondément. Quand l'un des orteils présente la disposition que nous venons de décrire, il n'est pas rare de voir les *deux orteils voisins se rejoindre* par leurs extrémités par suite du changement de situation de la phalangette de l'orteil malade qui leur servait de soutien. Consécutivement on peut observer, l'étroitesse de la chaussure aidant, une *déviation en dehors du gros orteil* avec toutes ses conséquences.

Les plans formés par les orteils ne présentent rien de particulier, et nous avons retrouvé chez nos malades les différentes variétés décrites par Broca. Lorsqu'on prend l'empreinte du pied, on voit que tantôt l'orteil malade appuie pendant la station sur le sol, tantôt au contraire il ne touche pas terre et ne laisse aucune marque.

Étiologie et mécanisme.

Le martellement de l'orteil atteint *exclusivement le deuxième et le troisième orteil,* et souvent il se présente aux *deux pieds;* mais d'ordinaire il est plus accusé d'un côté. Souvent également cette affection est *congénitale* et héréditaire. Paget l'a vue dans une même famille sur trois générations.

Obs. I. — Un de mes malades atteint de fracture de cuisse était porteur d'orteils en marteau symétriques et congénitaux. Son père et son grand père avaient eu le même vice de conformation.

Obs. II. — G... âgé de 56 ans est atteint de martellement complet du deuxième orteil droit ; à gauche même déformation mais moins

prononcée. Son père présentait le même vice de conformation. De ses deux enfants, l'un a le pied normal, l'autre a été exempté du service militaire pour la même déformation.

Ces quelques exemples suffisent à démontrer l'hérédité de l'affection admise du reste par Broca et la majorité des auteurs qui se sont occupés de cette question. Il ne faudrait cependant pas s'imaginer que cette maladie soit toujours héréditaire ou congénitale.

Obs. III. — X... âgé de 18 ans n'a rien remarqué d'anormal à ses pieds jusque il y a trois ans, époque à laquelle il se souvient avoir porté pendant deux mois des chaussures trop courtes. Cinq mois après avoir abandonné ces chaussures, il s'aperçut que ses deux seconds orteils commençaient à se fléchir. En même temps le malade sentait sous la face plantaire de ces orteils des *nodosités et des brides sous-cutanées*. La rétraction, au dire du malade, n'aurait pas mis plus de trois mois pour amener les orteils en marteau parfaitement caractérisés qu'il présente aujourd'hui. La mensuration fait voir que ces orteils ont de 7 à 9 millimètres de plus que les autres.

D'après les faits que nous avons recueillis, la maladie est donc tantôt héréditaire et congénitale, tantôt elle est acquise, et dans ce cas semble être une affection de l'âge adulte. On comprendra combien ce problème d'étiologie est difficile à résoudre, quand on songe que le chirurgien n'est consulté que pour les cas extrêmes. On est en général assez indifférent à la conformation des orteils, et le malade lui-même, sauf des cas bien exceptionnels, ne sait à quelle époque il doit faire remonter son mal, ni à quelle cause il doit l'attribuer.

Anatomie pathologique.

Les auteurs nous fournissent peu de renseignements sur les lésions que l'on rencontre dans l'orteil à marteau.

Fano a montré en 1855 à la Société de chirurgie un deuxième orteil qu'il avait amputé et qui présentait à un haut degré la difformité dont nous parlons. L'articulation de la première phalange avec la seconde était saine ; mais sur sa face dorsale existait un *nodus cartilagineux* développé dans l'épaisseur du tendon de l'extenseur et faisant l'office d'os sésamoïde. Entre ce tendon et la peau se trouvait une *bourse muqueuse* enflammée offrant un orifice fistuleux entouré d'un épiderme épais.

Gosselin (Thèse Legée, p. 73.) n'a également trouvé aucune altération de l'articulation phalangienne sous-jacente.

Sass (Niderl. Tidsch. 1870.) a trouvé la base de la deuxième phalange hypertrophiée ; la première présentait de petites surfaces articulaires en avant et en bas.

Personnellement j'ai eu occasion de pratiquer trois fois l'amputation d'orteils à marteau. L'examen des pièces m'a fourni les résultats suivants :

Obs. I. — *Amputation d'un orteil à marteau acquis.*

L'orteil présente une hypertrophie considérable due à l'épaississement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. L'articulation du métatarsien et de la première phalange, celle de la seconde et de la troisième sont entièrement libres et ne présentent à la coupe rien d'anormal. L'articulation de la phalange et de la phalangine est privée de mouvement et semble ankylosée. Le tendon fléchisseur est libre dans toute son étendue ; celui de l'extenseur est très adhérent au niveau de l'articulation. Il y a une véritable luxation de l'articulation. La tête de la première phalange est atrophiée, et sa surface articulaire se trouve reportée à sa face inférieure au niveau des deux condyles recouverts de cartilage. La surface articulaire de la deuxième phalange est augmentée de volume et recouverte par son cartilage normal. *La capsule articulaire est épaissie dans toute son étendue, mais notamment à sa face plantaire où elle forme une véritable corde empêchant le redressement de l'article.*

Obs. II. — Garçon de 17 ans. Les deux deuxièmes orteils sont à marteau depuis deux ans. Ils se terminent en baguettes de tambour, Les deux orteils sont amputés et présentent les mêmes altérations.

Luxation de la phalangine sur la phalangette comme dans le cas précédent. Il est impossible de redresser l'articulation. Lorsqu'on coupe les ligaments inférieurs et la portion plantaire de la capsule, le redressement se fait, mais avec un ressaut. La déformation se reproduit dès qu'on abandonne les parties à elles-mêmes. L'extension ne se maintient que lorsqu'on a complètement coupé les ligaments latéraux de l'articulation.

Obs. III. — Homme de 38 ans dont le troisième orteil droit est déformé depuis l'âge de 16 ans. Celui du côté gauche présente la même disposition, mais moins prononcée. Mêmes lésions articulaires que dans le cas précédent ; même absence d'altération des surfaces recouvertes de cartilage ; même ressaut lorsque, pièces en main, on tente de redresser l'articulatioa. Ce phénomène est dû dans ce cas évidemment au raccourcissement des ligaments latéraux.

En résumé, du moins d'après nos observations, le déplacement des surfaces articulaires serait maintenu par l'*épaississement de la capsule* et des ligaments articulaires, ces derniers étant également diminués de longueur.

Ces faits se trouvent confirmés par la relation d'un cas que nous trouvons dans Annandale et qui nécessita l'amputation.

Il s'agit d'un homme de 23 ans souffrant depuis six ans d'un orteil à marteau. La figure nous montre bien la formation à la partie inférieure de l'articulation d'une bride qui empêche l'extension de la phalangine sur la phalange.

On a fait jouer dans la production de l'orteil à marteau un rôle prépondérant à l'excès *de longueur* que présente le second orteil par rapport aux autres. Cette disposition constituerait, d'après les peintres et les sculpteurs, un des caractères les plus essentiels de la beauté du pied. Quoiqu'il en soit, cette conformation, normale chez certains individus, est loin d'être la règle, ainsi que j'ai pu m'en convaincre, et ainsi qu'on peut facilement s'en assurer tous les jours.

Voici comment on a expliqué chez les personnes ainsi conformées la production de l'orteil à marteau : pendant la marche ou la station prolongée, la voûte du tarse s'abaisse et le pied s'allonge. Si la chaussure est trop courte, le deuxième orteil, qui occupe la pointe du pied, vient heurter à chaque instant l'extrémité du soulier. Il se trouve refoulé en arrière et se fléchit de plus en plus. Bientôt, grâce à l'immobilité, les tissus périarticulaires albuginés, les tendons fléchisseurs eux-mêmes se rétractent, et la flexion est portée à son maximum.

Cette théorie est acceptée par Malgaigne, Diffenbach, Richet.

Elle fait intervenir deux facteurs principaux : une disposition congénitale, l'usage d'une chaussure trop courte.

Elle est passible de nombreuses objections.

D'abord elle ne nous explique pas pourquoi le troisième orteil est presque aussi souvent affecté que le second, et cependant cet orteil n'est jamais le plus long de la série.

En second lieu, ainsi que nous l'avons vu à l'anatomie pathologique, la déformation n'est pas maintenue par la rétraction des tendons extenseurs ou fléchisseurs qui permettent tous les mouvements de l'articulation; les os sont fixés dans leur situation anormale exclusivement par les sinus périarticulaires.

Enfin il faut avouer que cette rétraction tendineuse serait produite par une affection singulière de l'articulation de la phalange et de la phalangine, affection laissant l'article complètement intact, et ne présentant aucun des signes de l'arthrite.

Je ne rappellerai que pour mémoire la théorie de Boyer acceptée par Mellet, Légée, etc., qui considère toutes les difformités des

orteils comme dues à une contracture soit primitive d'un muscle, soit consécutive à la paralysie de l'antagoniste. Il y avait aussi les difformités par rétraction des extenseurs, par rétraction des fléchisseurs ou par rétraction des extenseurs et des fléchisseurs.

Les recherches des physiologistes, notamment celle de Duchenne, de Boulogne, ont démontré combien les mouvements des orteils étaient complexes, grâce au rôle que jouent les lombricaux et les interosseux. Au reste la pathologie du pied n'échappe pas aux règles de la pathologie générale, et nous ne connaissons pas de rétraction tendineuse permanente idiopathique.

En nous basant sur les résultats fournis par l'anatomie pathologique, nous nous croyons en mesure de donner une explication plus rationnelle de la difformité qui nous occupe. Pour nous, le durillon siégeant à la face dorsale de l'articulation de la première avec la seconde phalange *est primitif.* En examinant un certain nombre de pieds, on voit que cette région est une de celles dans lesquelles se développent de préférence les cors.

Sous l'influence d'une chaussure mal faite, il se développe chez les individus prédisposés une irritation sourde due à la contusion répétée et chronique. Le travail irritatif s'étend à tous les tissus blancs périarticulaires (capsule, ligaments) et détermine au bout d'un temps plus ou moins long, la rétraction et le raccourcissement de ces tissus. Il se ferait là un travail analogue à celui que l'on observe à la paume de la main chez certains manœuvres et qui donne lieu à une rétraction des tissus fibreux sous-cutanés.

En un mot l'orteil en marteau acquis est le résultat d'une périarthrite de l'articulation de la première et de la deuxième phalange. Ce fait explique l'absence de lésions articulaires et l'inutilité des sections tendineuses.

J'ai intentionnellement écarté de cette étude le martellement des orteils provoqué artificiellement et qui a été étudié ces dernières années par les médecins militaires Français, Eymery, Debrousse et Debaussaux.

Discussion.

M. Terrier. Les lésions anatomo-pathologiques signalées par M. Blum sont très intéressantes, mais on ne saurait accepter, ainsi que le propose l'auteur, que la cause première de l'affection soit le durillon dorsal observé en pareil cas.

L'affection est plus souvent héréditaire et symétrique, aussi est-

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. Le gérant : G. Masson.

il probable qu'elle est le résultat d'un vice de conformation de l'orteil. Ce vice de conformation ne se traduit pas d'abord par l'orteil à marteau, mais il est suffisant pour le produire ultérieurement, au fur et à mesure du développement du sujet, et probablement aussi à la suite de l'usage de chaussures mal faites.

M. Marc Sée. L'orteil à marteau ne me paraît pas consécutif à l'inflammation d'un durillon : ce que je crois bien plutôt, c'est que le durillon est le résultat de la déviation toute spéciale de l'orteil, et de la saillie que fait l'articulation de la première et de la seconde phalange.

M. Després. Je suis de l'avis de mes collègues : j'ai assisté au développement d'un orteil à marteau sur une petite fille de huit ans que j'observais presque journellement, et je puis affirmer qu'au début du mal, elle n'avait pas le durillon signalé par M. Blum.

Est-ce là une affection héréditaire, comme le veulent quelques-uns de nos collègues? C'est possible, mais ce n'est pas certain; pour mon compte, je connais une famille nombreuse, représentée en ce moment par quatre générations, et qui n'a qu'un seul de ses membres atteint de la difformité dont il vient d'être question.

M. Guéniot. La cause héréditaire n'exclut pas l'influence de la cause anatomique; il peut fort bien se faire que le durillon, provoqué par une disposition particulière et congénitale de l'orteil, ait ensuite pour conséquence la rétraction des tissus péri-articulaires et le développement de l'orteil à marteau.

M. Nepveu. Les recherches anatomiques et les recherches historiques faites par M. Blum me paraissent mériter que son mémoire soit inséré dans vos bulletins.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées

---

Présentation de pièces.

Gastrostomie pour rétrécissement de l'œsophage.

M. Championnière. Je présente à la Société non une pièce mais une aquarelle tout aussi intéressante et plus facile à étudier que la pièce elle-même ; elle est due à un de mes internes, M. Largeau. Il s'agit d'une gastrostomie que j'aie pratiquée le 21 août 1883, à l'hôpital Tenon.

Un homme de 25 ans était entré le 22 mai dernier dans le service de mon collègue, M. Huchard, après avoir avalé pour se suicider le contenu d'une petite bouteille d'acide chlorhydrique.

Toute la muqueuse de l'œsophage paraissait avoir été prise, car, peu de jours après, il rendit un tube de muqueuse œsophagienne de douze centimètres de long.

En tout cas, il eut un rétrécissement de l'œsophage rapidement infranchissable. Il s'était émacié considérablement (70 livres depuis mai). M. Huchard était effrayé aussi de la rapidité avec laquelle se développaient les phénomènes pulmonaires indiquant l'existence de cavernes pulmonaires.

Il entra le 8 août dans la salle Nélaton. Une première exploration permit de passer une bougie de baleine jusque dans l'estomac, et fut suivie d'une ingestion plus facile des rares aliments qu'il pouvait encore prendre. Cela fit concevoir quelque espoir, puis bientôt le cathétérisme redevint impossible, la toux augmentait, l'urine devenait tout à fait rare (150 grammes par 24 heures), et le 21 août, je me décidai à pratiquer la gastrostomie, pour laquelle mes collègues, Berger et Felizet, voulurent bien me prêter leur concours.

La chloroformisation fut très difficile, à cause d'une grande tendance à l'asphyxie.

L'opération se fit sans difficulté; le malade se réveilla facilement, et deux heures après l'opération, on commença à lui faire ingérer du grog et différentes boissons qui le soulagèrent beaucoup.

L'état général s'améliora; l'urine devint plus abondante; en une seule fois il urina 300 grammes.

La persistance de la toux était remarquable; malgré l'état local le plus satisfaisant, l'oppression augmente, il crache beaucoup, et meurt le 4e jour.

L'autopsie nous a révélé une cause de mort fort curieuse. L'œsophage était rétréci dans toute sa longueur, avec une coarctation très marquée, ulcéré en plusieurs points. En un point au-dessus de la seconde vertèbre dorsale, une ulcération pénètre dans une poche qui s'étend autour de l'œsophage et communique dans le poumon droit avec une vaste cavité contenant du pus et des matières alimentaires. Cette cavité communique aussi avec la bronche.

Il n'y a du reste aucune lésion tuberculeuse dans le poumon.

Il est donc probable que les lésions pulmonaires, dont M. Huchard avait si bien noté la rapidité, étaient constituées par cette caverne traumatique. Les lésions avaient pour origine une ulcération de l'œsophage, peut-être une perforation due au cathétérisme, et leur marche rapide avait déterminé la mort, après un léger temps d'amélioration dû à la gastrostomie.

Quant à la bouche stomacale, on peut voir qu'elle est très rapprochée du pylore, quoique l'incision ait été faite précisément sous les *fausses côtes gauches*. Cela résulte de l'état de rétraction extrême de l'estomac privé d'aliments.

Cette opération m'a paru simple, facile. Plusieurs expériences sur le cadavre m'avaient préparé. J'ai pu constater en la faisant que le procédé indiqué par M. Labbé ne permet pas l'arrivée directe sur l'estomac. La neuvième côte, comme d'autres observateurs l'ont bien reconnu, est beaucoup trop basse, c'est au devant de la 8e côte, et même sur un point un peu plus élevé que doit porter l'incision faite latéralement au devant des fausses côtes gauches. Le véritable point de repère c'est le bord inférieur du foie, qu'il suffit de relever avec un crochet mousse pour trouver l'estomac. Avec une aiguille courbe de Reverdin, j'ai passé sans difficulté dix-sept points de suture en crin de Florence qui m'ont donné les meilleurs résultats.

Discusssion.

M. Tillaux. Je pense qu'on serait injuste envers M. Labbé en disant qu'il n'a rien fait pour la gastrostomie. C'est lui d'abord qui, en conseillant l'incision latérale, a facilité et assuré la gastrostomie. En outre, s'il a indiqué le point de repère, la 9e côte, c'est comme extrémité de l'incision; dès lors il est évident que son incision était bien au devant de la 8e cote, comme celle de plusieurs de ceux qui ont opéré depuis lui.

M. Championnière. L'observation de M. Tillaux est juste. Aussi n'ai-je point voulu dire que M. Labbé n'avait rien fait pour la gastrostomie, j'ai seulement dit que je croyais son point de repère trop bas; mais d'après ce que vient de dire M. Tillaux, nous sommes tous d'accord sur le lieu de l'incision. Toutefois je pense qu'il y aurait avantage à indiquer comme point de repère la 8e côte plutôt que la 9e, pour éviter des confusions.

Ordinairement les repères se donnent au milieu des incisions plutôt qu'aux extrémités; il y avait avantage à procéder ici comme de coutume.

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire,

Championnière.

Séance du 17 octobre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les publications périodiques de la semaine pour la France et l'étranger;

2° La *Revue des sciences médicales*;

3° Une lettre de M. le Dr PHILIPPART, de Roubaix, contenant l'énumération de ses titres ;

4° Une brochure de M. PHILIPPART, intitulée : *Trois opérations d'ovariotomie et deux observations de pleurésie purulente chez les enfants très jeunes ;*

5° Deux tableaux à annexer au mémoire, pour le concours Laborie, portant la devise : *An ad extrahendum calculum disecanda ad pubem vesica ?*

6° Un mémoire pour le prix Demarquay, sur l'étiologie de l'érysipèle, portant la devise : *Remonter aux causes du mal, c'est se mettre sur la voie où on peut rencontrer le remède.*

A l'occasion du procès-verbal.

1° A propos de la gastrostomie.

M. LABBÉ. A l'occasion de la communication, sur un cas de gastrostomie, faite dans la dernière séance par M. Lucas-Championnière, M. Tillaux a bien voulu faire observer qu'il ne serait pas juste de m'enlever la propriété du procédé de gastrostomie mis en usage un grand nombre de fois par plusieurs chirurgiens depuis 1876, époque à laquelle j'indiquai ce procédé.

Malgré mon peu de tendance aux revendications scientifiques, je crois opportun de profiter de l'occasion qui m'est offerte de relever certaines erreurs probablement involontaires qui se sont glissées dans une publication importante faite en 1879 par M. Henri Petit, bibliothécaire de la Société de chirurgie, sous ce titre : *Traité de la gastrostomie*, Paris, 1874, Adrien Delahaye.

M. Henri Petit, après avoir étudié la question de la gastrostomie

depuis son origine, veut bien, à la page 54, s'exprimer ainsi : « Nous arrivons enfin au procédé de M. Labbé, qui, en indiquant avec précision les points de repère pour trouver l'estomac, donna une nouvelle impulsion à la gastrostomie et contribua beaucoup aux succès remarquables qu'elle devait obtenir moins d'un an après. » Puis il reproduit la description de mon procédé communiqué à l'Académie des sciences en 1876. Dans les lignes suivantes, page 55, M. Petit décrit l'opération pratiquée au mois de juillet de la même année par son éminént maître, M. Verneuil.

Les résultats favorables de cette opération ont été communiqués la même année par M. Verneuil à l'Académie de médecine, et celui-ci, avec sa bonne foi scientifique qui est proverbiale, indiqua qu'il n'avait que suivi exactement les indications par moi fournies quelques semaines auparavant. Je dois ajouter qu'au moment de pratiquer cette opération, M. Verneuil m'avait fait l'honneur de m'appeler dans son service pour lui fournir les détails les plus précis sur le manuel opératoire.

Ainsi que l'indique M. Petit, à la page 57, « l'opération pratiquée par M. Verneuil, malgré la minutie de tous ses détails, a été des plus faciles, n'exigeant que des soins et de la patience ». M. Petit a soin d'ajouter que M. Verneuil ne réclame rien pour lui dans ce procédé; tout son mérite, dit-il, se borne à avoir utilisé les travaux de ses devanciers, et reproduisant textuellement les paroles de M. Verneuil, il ajoute : « J'estime que le procédé susdit, appliqué par d'autres chirurgiens, multipliera le nombre des succès et fera entrer dans une voie nouvelle le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. »

Il est donc bien entendu que jusqu'à la page 57 inclusivement du livre de M. Henri Petit, un procédé nouveau de gastrostomie, capable d'améliorer notablement les résultats de cette opération, a été mis en pratique, en juillet 1876, par M. Verneuil, et que ce procédé, comme l'a si loyalement indiqué ce chirurgien éminent, est celui de M. Léon Labbé.

Mais, chose singulière, de la page 57 à la page 112, tout a bien changé.

En effet, page 112, au moment où M. Henri Petit arrive aux conclusions de son important travail, c'est-à-dire à la partie capitale d'un livre, celle que souvent l'on commence par lire, que quelquefois on a le tort de lire seule, on trouve écrit ce qui suit :

« Dans les 41 cas de rétrécissement de l'œsophage, divers procédés ont été employés; celui qu'il convient d'adopter est celui de M. Verneuil, qui, mis en pratique dans 7 cas, a donné 4 succès. »

Voici donc, à 60 pages de distance, un procédé qui a changé de propriétaire.

M. Henri Petit a la réputation d'un bibliographe distingué ; ses écrits jouissent d'une certaine créance, il était donc juste que je vinsse relever à cette tribune une erreur sur un fait contemporain, erreur qu'il ne m'appartient pas de qualifier et dont je laisse entièrement juge la Société de chirurgie.

M. Championnière. Je tiens à préciser ce que j'ai dit l'autre jour à ce sujet. Je n'ai voulu rien enlever à l'importance des recherches de M. Labbé; j'ai indiqué une défectuosité du procédé, et il a été entendu que l'indication relative à la neuvième côte n'était qu'apparente, qu'elle n'indiquait que l'extrémité de l'incision.

M. Verneuil. Il y a, dans la rectification de M. Labbé, une confusion que je crois facile de détruire. Deux choses sont à considérer dans la gastrostomie : la question du manuel opératoire, et la question d'indication, le procédé ayant été appliqué à un certain nombre de maladies diverses.

Le manuel opératoire appartient d'une manière non douteuse à M. Labbé, et quelques-unes des pages qui viennent de nous être lues nous montrent que M. Petit s'en est parfaitement rendu compte, et les droits de M. Labbé sont réservés autant qu'il est possible. Mais les choses sont autres, lorsqu'il s'agit de la question de thérapeutique. M. Labbé avait fait une taille stomacale, destinée à extraire un corps étranger de l'estomac; moi j'ai fait une bouche stomacale, destinée à remédier aux inconvénients d'un rétrécissement œsophagien. A ce point de vue, par conséquent, la conduite de M. Labbé et la mienne sont tout différentes : s'il est incontestable que je me sois servi de son procédé que je trouve excellent, il est non moins incontestable que j'ai posé une indication qui n'a aucun rapport avec celle à laquelle il a obéi. Or, cette indication que je n'ai pas inventée, mais à laquelle j'ai donné peut-être un petit relief, c'est celle à laquelle a fait allusion M. Petit, lorsqu'il dit que l'on a déjà opéré sept rétrécissements de l'œsophage et que l'on a obtenu quatre succès. Peut-être eût-il mieux valu qu'il dise que les malades ont été guéris grâce à la manière de faire de M. Verneuil, et non pas grâce au procédé de M. Verneuil, mais c'est là une nuance qui perd beaucoup de sa valeur, vous en conviendrez, lorsqu'on se reporte aux paroles si nettes, si précises qui précèdent les conclusions.

J'ai tenu à faire ces remarques, parce que je sais que M. Petit est un bibliophile consciencieux, et j'ai la conviction qu'il n'a jamais voulu m'attribuer une chose qui ne m'appartenait pas. Il n'ignore pas, en effet, et mes élèves le savent comme lui, que s'il avait voulu me faire la cour, c'eût été bien mal s'y prendre, que de s'y prendre de la sorte.

M. Labbé. Je sais bien que M. Verneuil a fait sa gastrostomie pour un cas différent du mien, mais il reconnaîtra avec moi que les conclusions que j'ai lues donnent prise à une confusion.

M. Després. Le mot procédé n'est pas juste, en effet, puisqu'un procédé appartient incontestablement au premier chirurgien qui l'a mis en pratique. Il eût été préférable de dire : la meilleure manière de traiter les rétrécissements de l'œsophage est celle que M. Verneuil a mise en usage.

M. Terrier. Je ne veux pas entrer dans le fond du débat ; je me bornerai à dire que, pour ma part, je ne comprends guère que l'on vienne ainsi incriminer devant une Société un médecin qui, n'appartenant pas à cette Société, se trouve, par conséquent, dans l'impossibilté de se défendre ; ce que je comprends encore moins, c'est que l'on discute les phrases dont il s'est servi et que l'on lui dise : Vous auriez dû mettre telle ou telle chose, plutôt que telle ou telle autre.

Une polémique de ce genre s'expliquerait fort bien dans les journaux, mais elle ne s'explique pas à cette tribune.

M. Després. Il s'agit d'un livre qui est dans le public, nous le discutons comme nous discuterions Boyer.

2° A propos de la taille hypogastrique.

M. Perier. La question de la taille hypogastrique est revenue assez souvent devant vous depuis peu, pour que je sois aussi bref que possible dans la comunication que je désire vous faire.

Il est évident qu'il n'y a pas à revenir sur la question anatomique soulevée par M. Després, elle me paraît avoir été jugée dans la dernière séance, je répéterai seulement que si M. Després veut bien expérimenter sur le cadavre les effets de la distension et du refoulement de la vessie, je suis sûr de lui voir reconnaître qu'il devient ainsi beaucoup plus facile d'atteindre cet organe, et il sera tout le premier à déconseiller de se passer de l'emploi de ces pré cautions si simples.

M. Després. En êtes-vous bien sûr ?

M. Perier. J'en suis sûr, parce que je ne doute nullement de la bonne foi de M. Després.

Avant de vous soumettre quelques considérations purement pratiques, je vais vous résumer très rapidement trois observations sur lesquelles j'aurai à m'appuyer.

I. — Le premier malade est un homme de 58 ans, obèse, hémorroïdaire depuis l'âge de 27 ans.

Premiers symptômes il y a 4 ans. Colique néphrétique, se renouvelant un mois après; depuis lors troubles dans la miction, sans hématuries.

En novembre 1881, sans cause appréciable, aggravation notable, urines purulentes et même fortement albumineuses.

En janvier 1882, pour la première fois, constatation d'un calcul.

Entrée à l'hôpital le 2 février 1882.

Le calcul est dur, a plus de 4 centimètres dans un sens, il est accolé au côté gauche de la vessie, je ne puis le mobiliser.

Pendant l'exploration ténesme anal, procidende du rectum, vessie irritable très intolérante (20 à 30 mictions par jour en moyenne).

Après l'exploration, aggravation de symptômes qui, jointe aux autres circonstances me fait rejeter la lithotritie.

Repos et traitement approprié.

Le 6 mars, état général excellent.

Opération. — Injection de 180 grammes d'eau boriquée dans la vessie, et de 450 grammes d'eau dans le ballon rectal. Incision de 8 centimètres. Calcul adhérent à gauche, décollement avec le doigt. Extraction avec une simple pince à polypes du nez d'un calcul urique pesant 50gr 50.

La vessie saigne assez abondamment au niveau du point où le calcul adhérait.

Drainage avec deux tubes de caoutchouc.

Les choses se passent très régulièrement.

La température a monté jusqu'à 38°6 le 1er jour, mais est rapidement revenue vers 37°6 pour osciller entre ce degré et 38°; une ou deux fois on note 38°2.

Le 10e jour, ablation d'un drain, l'urine commence à couler par la plaie, le lendemain ablation d'un second drain.

Le 13e jour, le malade commence à uriner par la verge; le 28e jour, l'urine cesse de couler par la plaie qui est presque complètement cicatrisée.

Quelques jours après le malade quitte l'hôpital. Depuis j'ai eu fréquemment de ses nouvelles par le Dr Dumonteil-Grampré, il se porte parfaitement, et n'a plus éprouvé de troubles du côté de la miction.

II. — Le deuxième malade est un vieillard de 77 ans, qui avait été lithotritié trois fois, en 1869, en 1872, en 1874. Je l'avais vu pour la première fois au commencement de 1882, où je constatai la présence d'un nouveau calcul.

Mon exploration qui avait été limitée à la simple constatation du fait fut suivie à très courte échéance d'une attaque intense de rhumatisme articulaire. Le malade y est d'ailleurs très sujet et nous avions à craindre au moindre choc le retour des mêmes accidents. D'autre part les troubles de la miction étaient si graves (urines purulentes, douleurs violentes) que cet homme voulait à tout prix qu'on y portât remède. Ne pouvant songer à la lithotritie après ce qui venait de se

passer, nous n'avions qu'à faire un choix entre la taille périnéale et la sus-pubienne; le volume de la prostate et son état d'inflammation me firent rejeter la première, et je me décidai pour la seconde. L'opération fut pratiquée le 20 juillet 1882 de la même manière que chez le premier malade; je n'ai pas à en décrire les diverses phases. Je tirai un calcul que je vous présente. (Calcul urique, 13 gr., à l'état frais.)

Voici quelles furent les suites d'après les notes que m'a adressées le Dr Guerder de Ferrières qui a continué à donner des soins au malade. Le soir de l'opération, léger accès de fièvre, mais la température ne dépasse pas 38° 2. Pendant les quatre premiers jours on donna 1 gramme de sulfate de quinine en deux doses, une matin et soir; tout va bien pendant les jours suivants, et les drains sont enlevés le 27, 8e jour après l'opération. L'urine qui s'était parfaitement écoulée par les tubes, coule alors dans le lit en abondance, et cause au malade une bronchite par refroidissement qui le fatigua beaucoup pendant les 5 ou 6 jours qu'elle dura; il a aussi des douleurs rhumatismales, mais ces complications n'ont aucune influence sur la plaie qui suit sa marche régulière vers la cicatrisation. Le 15 août, 26e jour elle est à peu près complètement cicatrisée, et sous les efforts de la miction l'urine coule abondamment par le canal. Mais le catarrhe vésical ancien nécessite des sondages avec la sonde en caoutchouc rouge pour compléter l'évacuation et continuer les lavages que l'on ne peut plus faire par la plaie, dont la cicatrisation était complète le 20 août.

La plaie se rouvre le 25 août et se referme le 4 septembre. Pendant tout ce temps, ce malade a été cathétérisé 2 fois par jour.

Le 7 septembre, le Dr Guerder lui fait une injection alcoolisée au 10e, peu après il survient de la fièvre, des vomissements, puis il se développe une phlegmasie assez intense, le 10 la plaie se rouvre, les accidents cessent et la plaie se referme huit jours après.

Le 25 octobre 1882, les Dr Guerder m'écrit :

« Le malade se sonde 2 fois par jour. Le catarrhe reste stationnaire « et je ne pense pas que nous puissions en obtenir la guérison. Il « urine à peu près toutes les 2 heures; après le cathétérisme il a « 4 heures de repos. En somme le résultat de l'opération est aussi bon « que nous pouvions l'espérer chez notre malade et elle lui assurera « une prolongation de son existence douce et heureuse. »

De fait cet homme, qui vit encore, n'a plus présenté depuis que les accidents ordinaires du catarrhe vésical, accompagnant l'hypertrophie prostatique chez les vieillards.

III. — Le troisième malade est un homme de 31 ans, qui depuis sa plus tendre enfance a souffert en urinant, et les douleurs étaient surtout vives lorsqu'il avait vidé complètement la vessie. Cela ne l'a pas empéché de choisir la profession de charron, ni de se marier il y a 4 ans et d'avoir un enfant.

Au commencement de mars 1883, les douleurs s'aggravèrent au point de ne plus lui laisser de répit, il urinait toutes les dix minutes; tout travail lui devint impossible. On le traita pour une cystite par des

injections d'acide borique et des capsules de térébenthine. Enfin il entre dans mon service le 25 mai.

Cet homme est pâle et anémique, sa figure exprime la souffrance constante. L'exploration est très douloureuse et à un moment le lithotriteur explorateur s'est trouvé engagé à ce point que je ne pouvais ni en rapprocher ni en écarter les mors; par un mouvement latéral je dégageai l'instrument que je retirai. Cet accident était dû à la forme particulière du calcul, le lithotriteur s'étant enchevêtré dans ses nombreux prolongements. Il s'agissait d'un calcul mural, congénital, ayant plus de 4 centimètres de diamètre, dans une vessie extrêmement irritable, je résolus de suite de l'extraire par l'hypogastre.

Je prépare le malade par un traitement émollient, des injections vécicales à l'essence de wintergreen et l'administration du salicylate de soude à l'intérieur. Sa température qui était supérieure à 38°, tomba dès le 7 juin au-dessous de ce chiffre pour osciller entre 36°,8 et 37°,6. Je fis l'opération le 12 juin; je n'ai à noter que la difficulté de l'extraction. Le calcul, composé d'oxalate de chaux et du poids de 35 grammes, a en moyenne 4 centimètres de diamètre dans tous les sens et présente une vingtaine de prolongements cylindriques d'un centimètre de long, ayant chacun l'extrémité libre hérissée de petites pointes; il est facile de comprendre que la vessie une fois vidée, la muqueuse coiffait tous ces prolongements et faisait saillie dans leurs intervalles.

Je dus renoncer à l'emploi des pinces qui brisaient les saillies du calcul sans aider à l'extraction. C'est en contournant doucement la pierre avec les doigts que je pus arriver à la dégager de la muqueuse et à la faire sortir.

Les suites furent très simples, la température qui le matin de l'opération était de 36°,8 monta le soir à 38°,2, le lendemain on notait 38°,1 le matin, 38° le soir et dès le surlendemain elle resta toujours au-dessous de 38°. Les quantités d'urine recueillies par les tubes furent mesurées pendant les sept premiers jours, elles furent successivement de 1,500, 1,750, 1,800, 1,500, 1,750, 2,250 et 1,750 grammes. Premier pansement à la fin du 3e jour; lavements les 4e et 5e jours; enlèvement des sutures le 8e jour, des tubes les 10e et 11e jours. L'urine sort par la plaie jusqu'au 15e jour; ce jour-là, il y a rétention d'urine.

On fait un cathétérisme évacuateur. A partir de ce moment le malade commence à uriner par la verge, 1,500 grammes les 16e, 17e et 18e jours, 1,750 le 19e jour, puis plus de deux litres les deux jours suivants, et le 21e jour, l'urine cesse absolument de couler par la plaie.

Dix jours après, le malade sortait guéri. Je l'ai revu récemment, il était encore pâle et anémique, mais n'éprouvait plus de troubles dans la miction.

Si à ces trois observations vous ajoutez les deux que j'ai déjà eu l'honneur de vous communiquer, vous voyez que sur cinq opérés un seul a succombé, mais à une lésion rénale, à un abcès du rein qui avait envahi l'atmosphère adipeuse de cet organe; et qu'en aucune

autre manière on ne pouvait chez lui incriminer le procédé opératoire pour lui attribuer une part quelconque dans l'issue fatale. Les quatre autres, dont un viellard de soixante-dix-sept ans, ont bien supporté l'opération, qui chez trois d'entre eux a eu des suites on pourrait dire identiques. La guérison a été obtenue en moyenne en vingt-huit jours, sauf chez le vieillard où elle a demandé un temps plus long.

Ces observations me semblent suffisamment démonstratives, et prouvent, une fois de plus, combien la taille sus-pubienne est d'exécution facile ; elle peut se faire mathématiquement et sans incidents, en agissant exactement dans l'ordre suivant :

1° Introduction de la sonde à robinet dans la vessie, et évacuation de l'urine ;

2° Ligature de la verge avec un lien élastique ;

3° Introduction du pessaire dans le rectum ;

4° Distension de la vessie par l'eau boriquée tiède ;

5° Distension du ballon rectal ;

6° Incision franche de la peau et des tissus sous-jacents jusqu'à la vessie ;

7° Ouverture de la vessie que l'on maintient béante ;

8° Extraction du calcul ;

9° Déplétion du ballon et retrait de la sonde ;

10° Exploration de la paroi vésicale et lavage de la vessie ;

11° Installation des drains ;

12° Suture de la plaie au-dessus des drains et pansement.

Loin de moi l'idée de vouloir reprendre tous les temps de cette opération, qui ont été si bien développés ailleurs, et tout récemment par M. Bouley dans sa thèse inaugurale : je veux seulement m'arrêter sur ce qui concerne le *lavage de la vessie* et l'*établissement des drains.*

Pour laver amplement la cavité vésicale sans inonder le malade et le lit d'opération, j'ai toujours eu un ou deux aspirateurs Potain, dans lesquels le vide a été fait d'avance, et en munissant le tube d'un ajutage mousse, j'aspire le liquide à mesure qu'il est injecté ; quand le lavage paraît suffisant, je continue l'aspiration jusqu'à ce que la cavité soit étanche et je puis ainsi examiner la paroi vésicale au doigt et à l'œil.

C'est à ce moment surtout qu'il est facile de se rendre compte de l'utilité du ballon rectal : tant que celui-ci est en place, le col de la vessie est en quelque sorte sous le doigt, mais au fur et à mesure que le ballon se vide, le col s'enfonce profondément, et finalement on ne l'atteint qu'avec une certaine difficulté.

Quant au drainage, j'ai été conduit à le modifier favorablement, je crois.

Frappé de l'inutilité de tous les siphons, qu'il est impossible de tenir amorcés, parce qu'on ne peut leur donner un calibre en rapport avec la quantité de l'urine sécrétée, puisque cette quantité n'est pas constante, j'avais renoncé à les employer, préférant laisser l'urine couler par la plaie, quitte à changer le malade dès qu'il se trouvait baigné dans son lit.

Cependant, comme je n'avais pas renoncé à l'idée de laver soigneusement la vessie pour éviter toute altération d'urine stagnante, j'eus l'idée d'imiter la conduite de M. Moutard-Martin dans le traitement de l'empyème. Il adosse deux, trois et au besoin quatre tubes de caoutchouc en flûte de pan, et, par ces tubes, il fait une irrigation suffisante.

Je pensai que deux tubes suffiraient amplement, et qu'en les choisissant d'un calibre suffisant, l'eau injectée dans l'un passerait librement et abondamment par l'autre. Pour être sûr de faire arriver l'eau au fond même de la vessie, je ne devais pas prendre les drains perforés ordinaires, et pour éviter que l'extrémité vésicale de chaque tube ne fût bouchée par son contact avec la muqueuse, je fis deux trous aussi près que possible de leur extrémité intra-vésicale. Comme les tubes peuvent se déplacer pendant les manœuvres du pansement ou du lavage, je les fixe en les traversant par un fil, au niveau de leur point d'émergence à la paroi abdominale ; les extrémités des fils sont ensuite assujetties par des bandelettes collodionnées, appliquées sur la peau de l'abdomen. Les fils doivent être bien tendus pour empêcher les tubes de sortir.

J'essayai donc ainsi chez le premier des trois malades, dont je vous ai rapporté l'histoire succinte, celui que j'opérai le 6 mars 1882. A ma grande surprise, l'urine s'écoula en totalité par les tubes, dont l'extrémité libre était placée à l'entrée d'un urinal. Je fis part de ce fait à nos collègues, MM. Guyon et Le Dentu, qui étaient chacun sur le point de faire une taille hypogastrique ; ils obtinrent le même résultat, et depuis, M. Guyon a conservé l'emploi des tubes, seulement il les fixe avec un fil d'argent qui traverse la peau ; j'ai continué chez mon quatrième et chez mon cinquième opéré à les placer l'un au-dessus de l'autre, et à fixer les fils qui les traversent au moyen du collodion, et je n'ai eu qu'à m'en louer.

Je pense que l'urine s'écoule d'autant plus complètement et exclusivement par les tubes, que la suture abdominale est plus serrée, et applique plus hermétiquement les parois de la plaie contre les parois des tubes, de telle sorte que la pression minime qui suffit à faire monter l'urine dans les tubes est insuffisante pour l'injecter entre eux et les lèvres de la plaie, ainsi d'ailleurs que dans le tissu cellulaire. C'est ainsi que chez mon troisième opéré on recueillait

par les tubes 1,500 grammes d'urine le 1[er] jour, 1,750 le 2[e], 1,800 le 3[e], etc. On a même recueilli 2 litres 1/4 le 6[e] jour.

Les drains dont je me suis servi ont un calibre extérieur du n° 24 filière Charrière, et n° 16 à l'intérieur. La longueur est de 30 à 35 centimètres, dont 12 à 15 centimètres depuis le fond de la vessie jusqu'à la peau de l'abdomen.

Mais le drainage ne suffirait pas à mettre le malade à l'abri des accidents, si on n'avait pas recours à l'emploi des lotions antiseptiques, celles que M. Després appelle anti-ammoniacales ou antialcalines. Le contact d'une urine saine en l'absence de pression suffisante, ne détermine qu'une inflammation irritative qui bouche rapidement les voies d'infiltration, et s'il y a suppuration, le pus s'écoulera vers la plaie extérieure. Si, au contraire, l'inflammation n'est pas simplement irritative, que les urines soient infectieuses, alors il se déclarera un phlegmon diffus, le tissu cellulaire sera frappé de mort de proche en proche, jusqu'à une distance illimitée, il fera l'office d'une éponge inerte et s'imbibera par capillarité, non par injection, et l'on pourra trouver de l'urine infiltrée à de très grandes distances. Il est donc indispensable d'associer au drainage les précautions antiseptiques ; mais à quoi bon insister, car je prêche des convertis, sans en excepter M. Després, qui l'est, sans oser l'avouer, car il emploie les injections boriques.

M. Després. Je ne voudrais pourtant pas que l'on me fît passer pour un partisan des méthodes antiseptiques, sous le prétexte que les substances dont je me sers sont employées par mes adversaires. Comme ceux-ci se sont approprié un certain nombre de médicaments depuis longtemps en usage, il n'est pas étonnant si de temps à autre, nous employons les uns et les autres les mêmes substances. A ce compte-là, il n'est pas jusqu'aux médecins du XVIII[e] siècle qui ne puissent être rangés parmi les partisans des pansements antiseptiques.

En ce qui concerne l'acide borique, comme depuis plus de vingt-cinq ans il est inscrit dans nos formulaires, c'est là et non ailleurs que je suis allé le prendre, afin de diminuer l'alcalinité de l'urine, et l'empêcher d'irriter les lèvres de la plaie.

Pour ce qui est du manuel opératoire en lui-même, j'avoue qu'il m'est difficile d'accepter une opération tellement compliquée qu'elle compte jusqu'à douze temps distincts.

Mon objection est d'autant plus rationnelle, que vous paraissez agir sans vous préoccuper de chercher des points de repère. Vous faites occuper à la vessie une grande surface et vous incisez à l'aveugle, jusqu'à ce que vous soyez arrivé à elle; ce n'est pas là de la grande chirurgie.

Je continue donc à préférer la méthode beaucoup plus simple que j'ai défendue devant vous, et qui consiste, après avoir fait une grande incision à la paroi abdominale, à rechercher les deux veines décrites par Beraud, inciser entre ces deux veines pour arriver sur l'ouraque, et se servir de celle-ci comme guide, pour arriver dans la vessie, toujours facilement accessible, lorsqu'elle est à moitié pleine d'urine. Trois à quatre temps et non pas douze sont suffisants pour arriver au but poursuivi.

Pour ce qui est du ballonnement rectal, je comprends que M. Perier s'en trouve bien, le jour où il extrait, par la taille hypogastrique, des calculs aussi petits que l'un de ceux qu'il nous a présentés ; mais est-il bien nécessaire de se servir de la taille hypogastrique pour de semblables calculs? Doit-on, pour les enlever, s'exposer aux dangers du ballonnement, qui porte le péritoine en avant, et l'expose à être lésé, ainsi que cela a dû arriver sur un malade de M. Guyon, mort de péritonite ?

M. Perier. Je ne saurais mieux faire, pour répondre à M. Després, que de lui répéter ce que je lui ai déjà dit plusieurs fois. Vous n'avez pas fait d'expériences avec le ballonnement rectal ; faites-en, et vous verrez que, contrairement à votre opinion, vous arrivez par cet artifice à rendre la vessie bien plus facilement accessible, et cela sans augmenter les dangers de blessure du péritoine.

M. Després. Sonberbeille a fait trente tailles sus-pubiennes, sans ballonnement, et il a toujours trouvé la vessie ; il est facilement arrivé sur le col qui, disiez-vous tout à l'heure, devient inaccessible lorsqu'on vide le ballon. Il en a été de même pour mon malade, sur lequel j'ai pu pratiquer le cathétérisme rétrograde en me guidant avec le doigt.

M. Trélat. Puisque la question de la taille hypogastrique est pendante en ce moment, je vous communiquerai incessamment une observation de calcul enlevé par ce procédé et avec l'aide du ballonnement rectal, qui m'a rendu de très signalés services.

Ici, l'indication opératoire résultait de la dureté tout à fait extraordinaire de la pierre. Tous les intruments lithotriteurs manœuvrés avec l'énergie la plus grande étaient restés impuissants.

Communication

Sur un cas d'amputation congénitale,

Par le Dr Paul Reclus.

Je désire vous présenter une fillette de douze mois qui nous a offert une lésion intéressante dont l'évolution naturelle aurait

abouti sans doute à une amputation spontanée dite congénitale. J'ai pratiqué une opération qui, si j'en crois mes courtes recherches, serait peut être la première en ce genre. Je puis enfin vous donner quelques détails anatomiques sur la structure de la bride dont la constriction progressive peut amener la section du membre.

Au mois d'avril de l'année courante, pendant une suppléance à la Pitié, je vis une petite fille de sept mois que notre collègue M. Lannelongue envoyait à M. Verneuil. En l'absence du professeur de clinique je pus examiner la malade dont je résumerai très brièvement l'observation, déjà publiée, à un autre point de vue, dans la *Gazette hebdomadaire* et dans la thèse de mon élève M. Ladmiral.

La petite Delapierre, bie portante d'ailleurs, n'a d'autremalformation que celle des membres inférieurs. A droite, il existe un pied bot varus et une syndactylie des trois orteils du milieu, syndactylie remarquable en ce qu'elle est incomplète vers l'extremité métatarsienne, où l'on constate une dépression longitudinale assez profonde et terminée en cul-de-sac. Si l'on se rappelle que, pendant la vie embryonnaire, la séparation des doigts et des orteils se fait de la partie unguéale vers la racine, il faut admettre, selon une hypothèse déjà émise par MM. Verneuil et Maurice Longuet, qu'il s'agit en pareil cas non d'une syndactylie par arrêt de développement, par absence d'individualisation des orteils, mais d'une syndactylie acquise il est vrai pendant la vie intra-utérine. Les orteils se seront divisés d'abord; puis, à la suite de quelques troubles trophiques, de quelque ulcération des téguments, la coalescence se sera reproduite, sauf au niveau de la racine.

La lésion principale se rencontre à la jambe gauche; là existe, à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs, un sillon circulaire profond en tout semblable à celui que produirait une ligature énergique.

Pour voir le fond de cette dépression, il faut en écarter les deux lèvres saillantes en bourrelets, et l'on constate que la peau y est plus rose, plus humide et légèrement desquamée. Il est assez difficile de savoir si la face profonde du sillon est adhérente aux tissus sous-jacents; il semble cependant que les tractions le déplacent un peu sur l'aponévrose d'enveloppe de la jambe et sur la face interne du tibia. En tout cas les muscles se meuvent sous la ligature, ce que démontrent les mouvements de flexion et d'extension du pied et des orteils.

Au-dessus de l'étranglement, le membre n'a subi aucune altération ; les téguments, bien doublés d'un pannicule graisseux glissent sur l'aponévrose et les muscles dont le volume paraît normal; au-dessous du sillon constricteur la jambe semble un peu atrophiée;

certainement la peau est aussi bien nourrie, aussi bien doublée, aussi souple que dans les autres points du corps, mais le pied est moins long, et déjà sur sa face dorsale se manifeste une tuméfaction notable qui ne rappelle nullement les empâtements œdémateux, mais dont la consistance est plutôt celle d'un lipome diffus.

Il était à craindre que cette striction permanente et progressive provoquât bientôt de graves accidents : l'oblitération des artères et des veines, l'étouffement des nerfs, l'atrophie des muscles, la section des tendons et même celle des os. Et ce résultat pouvait être amené par un double mécanisme. D'une part la bride annulaire ne pouvait-elle pas, à l'égal du tissu cicatriciel, se resserrer de plus en plus sur les parties sous-jacentes ? Et celles-ci, d'autre part ne pouvaient-elles pas, grâce à l'accroissement physiologique du membre, s'étrangler sur la bride annulaire? Aussi nous sommes-nous décidé à intervenir.

L'opération a été des plus simples : l'enfant a été anesthésié; nous avons appliqué une petite bande d'Esmarch ; puis, au-dessus et au-dessous du sillon, nous avons incisé les téguments et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose. Cette double incision contournait le membre, ne respectant que la portion de peau correspondant à la face interne du tibia. Nous avons ainsi enlevé une lanière qui comprenait comme longueur les deux tiers au moins de la circonférence du membre et comme largeur, après étalement, deux centimètres et demi environ. Il n'y avait pas d'adhérence entre l'aponévrose et la partie profonde du sillon qui s'est détaché aussi facilement que l'écorce du bois vert.

Les suites opératoires furent des plus simples, et maintenant, 2 mois après l'intervention, il n'y a plus trace de constriction dans les points opérés, et même la portion du sillon que nous avons respectée, à la face interne du tibia, a certainement diminué de profondeur.

L'examen histologique a été pratiqué par M. Suchard, le distingué préparateur du Collège de France. Au-dessus et au-dessous du sillon constricteur il n'a constaté aucune altération de la peau, souple, bien nourrie et sans trace d'inflammation ancienne ou récente ; ses glandes sont intactes et ses papilles sont normales. Au niveau du sillon, l'épiderme est sain, mais le derme a subi d'importantes modifications. Il n'y a plus, dans son épaisseur d'alvéoles pleins de graisse le tissu adipeux sous-cutané fait défaut ; à leur place on trouve la trame serrée du tissu fibreux dont les faisceaux perpendiculaires à l'axe du membre forment, en ce point, un épaississement considérable. Cette lésion est identique à celle de l'aïnhum avec cette différence toutefois que, dans les cas d'aïnhum

étudiés par M. Suchard, les fibres étaient plus tassées et avaient revêtu l'aspect d'un tendon.

Ce n'est pas ici le lieu de pousser plus loin l'analogie et de nous demander s'il n'existe pas quelque étroite parenté entre l'aïnhum et la difformité de notre petit malade. De très bons esprits sont partagés sur ce point. Mais je ne crois pas que nous ayons encore les documents décisifs qui nous permettraient de trancher le débat. De nouveaux faits doivent auparavant être annexés au dossier et tout porte à croire que nos collègues de la marine nous les fourniront bientôt.

Mais, ce que l'on peut se demander c'est si cette opération, la première du genre, a été utile à la petite malade. Nous le croyons formellement; nous pensons, d'après les habitudes bien connues du tissu fibreux, que la bride n'eût pas cédé pour permettre aux tissus sous-jacents, vaisseaux, nerfs, muscles, de se développer à leur aise. Nous le pensons d'autant plus que, sous nos yeux, le sillon s'est encore creusé, la déformation du pied s'est accrue et son aspect lipomateux s'est singulièrement exagéré.

Nous n'avons d'ailleurs qu'à consulter les observations déjà publiées. Dans un fait de M. Trélat nous voyons qu'un cordonnier atteint, il est vrai, l'âge de 25 ans sans que les brides annulaires qui étreignaient ses deux jambes eussent amené l'amputation. Mais le sillon était relativement beaucoup moins profond que chez notre fillette, puisqu'au fond de la rainure la circonférence des muscles mesurait 16 et 18 centimètres, tandis qu'au-dessus elle n'était que de 23 et de 21. Et pourtant il y eut des troubles trophiques; la chute de plusieurs orteils et des ulcères perforants.

M. Lannelongue a publié une observation remarquable où l'on voit, en deux mois et demi, un sillon situé, comme chez notre malade, à l'union du tiers inférieur de la jambe avec les deux tiers supérieurs « se creuser de près des deux tiers de sa profondeur » et le pied devient éléphantiasique. Les trois premiers orteils du pied gauche ont vu leur pédicule s'amincir et se couper dans la première quinzaine de la vie extérieure de l'enfant. Tous les doigts de la main gauche, sauf l'index, déjà amputé à la naissance, et l'auriculaire, qui est sain, présentent une ou plusieurs rainures dont la profondeur s'accentue rapidement.

Dans une observation de Menzel, rapportée par Beauregard, du Havre, nous voyons une malade qui vit, à 44 ans, se couper le pédicule du médius droit, étreint depuis la naissance par un sillon amputant. Nous pourrions multiplier les exemples et citer les faits de Guyot, qui a vu des brides congénitales déterminer l'amputation une première fois quelques semaines, une deuxième fois 2 ans et une troisième fois 16 ans après la naissance; mais, sans plus ample

informé, nous nous croyons autorisé déjà à conclure que notre opération était indiquée et a peut-être écarté les graves périls qui menaçaient certainement la jambe de notre fillette.

Discussion.

M. Desprès. Je voudrais voir l'enfant dans une année ou deux.

M. Reclus. Sans doute; mais à l'heure actuelle, deux mois après l'opération, nous pouvons constater que la portion de sillon, respectée dans notre opération, a déjà notablement diminué de profondeur.

M. Trélat. Depuis deux ou trois ans, à la suite de divers événements scientifiques, rappelés en partie par M. Reclus, les idées des pathologistes, au sujet des amputations congénitales, se sont sensiblement modifiées.

On a comparé les lésions qui amènent ces amputations aux lésions observées dans cette curieuse affection exotique désignée sous le nom d'aïnhum, et comme les lésions de ces deux difformités ont une grande analogie entre elles; comme, dans les deux cas, le résultat est la séparation d'un membre, ou d'une portion de membre, du reste du corps, on a essayé d'établir que les deux maladies étaient de nature identique.

On a révoqué en doute l'action des brides, des liens extérieurs au fœtus; on les a considérées comme des phénomènes accessoires et sans valeur. Une maladie fœtale analogue à l'aïnhum, une sorte d'aïnhum congénitale servirait à tout expliquer.

Je ne partage pas cette manière de voir, et j'admets encore pour ma part, que l'opinion ancienne, d'après laquelle les amputations congénitales seraient le résultat de la constriction d'un membre par une bride intra-utérine, est celle qui explique le mieux un certain nombre de cas observés. Tels sont ceux dans lesquels l'existence d'un lien entourant le membre a pu être constatée au moment de la naissance de l'enfant.

Cette explication, d'ailleurs, n'est nullement en opposition avec les lésions si bien décrites par M. Suchard, et d'après lesquelles l'amputation, qu'elle soit congénitale, ou qu'elle résulte de l'aïnhum, se caractérise anatomiquement par la présence d'un trousseau fibreux rétractile, à la face profonde de la peau.

Rien n'empêche d'admettre que la constriction du membre, pendant la vie intra-utérine, ne puisse être la cause productrice de ce lien fibreux plus ou moins épais et, partant plus ou moins énergique. La bride extérieure resterait la cause première et déterminerait la formation de l'anneau fibreux intra-dermique qui évoluerait

à son tour et produirait des lésions secondaires : œdèmes, atrophies dystrophies, proportionnelles à sa puissance.

En ce qui concerne l'opération pratiquée par M. Reclus, j'estime qu'elle était des plus rationnelles, et cela en raison de la constriction considérable à laquelle le membre de sa malade était soumis. Mais il ne faut pas oublier que l'énergie de la constriction exercée par les liens fibreux de cette nature, est extrêmement variable, et que, dans certains cas, elle est compatible avec une intégrité à peu près complète des fonctions du membre. J'ai vu une femme de trente-six ans, qui portait un de ces liens fibreux placé au lieu d'élection, c'est-à-dire au voisinage de la jarretière, chez laquelle cependant le membre inférieur avait conservé ses fonctions normales. Les cas de ce genre ne sont pas très rares, aussi faut-il ne pas se hâter d'intervenir lorsque, malgré l'existence de la bride, la nutrition du membre paraît bonne.

M. Reclus. Je suis de l'avis de M. Trélat : j'ajouterai, en ce qui concerne la pathogénie de l'affection, que les observations d'aïnhum publiées jusqu'à ce jour sont assez obscures au point de vue des antécédents de l'enfant : on peut dès lors se demander si chez ces derniers, il n'y avait pas, au moment de la naissance, un commencement de bride qui aurait passé inaperçue, jusqu'à l'époque de l'apparition des accidents dus à la constriction.

M. Trélat. Si votre observation était confirmée, cela donnerait encore plus de force aux réserves que je viens de faire valoir.

M. Guéniot. Il ne faut pas confondre avec les brides intrinsèques c'est-à-dire formées dans l'épaisseur de la peau de l'enfant, les brides extrinsèques qui proviennent des membranes de l'œuf.

Je ne parlerai pas des premières, mais en ce qui concerne les secondes, leur influence sur la production des amputations congénitales est incontestable. Béraud en a présenté ici même un exemple remarquable. J'avais vu l'enfant au moment de la naissance, et j'avais pu constater, de la manière la plus nette, la présence d'une bride, partie de l'œuf, qui entourait les jambes et qui en avait déterminé la section à peu près complète.

Communication.

Goitre plongeant parenchymateux et kystique. — Déviation et compression de la trachée. — Extirpation après trachéotomie

préliminaire. — Forcipressure prolongée (48 heures) de l'artère thyréoïdienne supérieure. — Hémorragies secondaires. — Mort.

Par M. Pozzi.

Observation.—Colson, 17 ans, bien constitué, un peu lymphatique, est né à Sedan, où il a été élevé ; point de goitre ni dans sa famille ni dans son pays. Il entre, le 26 juin 1883, dans le service de M. Verneuil, à la Pitié.

Il y a 5 ans, la grosseur du cou commence à droite, sans aucune réaction ; elle progresse lentement malgré le traitement interne suivi.

Il y a 4 mois, gêne de la respiration, un peu de cornage et de dyspnée pendant la marche.

Il y a 3 mois, accès de suffocation pendant la nuit. Au moment de l'entrée à l'hôpital la tumeur occupait toute la partie latérale droite et moyenne du cou, et débordait fortement à gauche. En haut, elle atteignait l'angle de la mâchoire ; en bas, elle plongeait derrière la fourchette sternale sans qu'il fut possible, en la soulevant, de l'en dégager complètement. La forme était sensiblement trilobée : un lobe droit, le plus gros, un moyen et un inférieur. On sentait nettement la fluctuation à droite ; elle était moins sensible à gauche.

La tumeur suit le larynx dans ses mouvements. Les muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont dejetés latéralement ; la tumeur déborde fortement celui du côté droit qui est ainsi reporté en arrière ; il en est de même des vaisseaux ; on sent battre la carotide sur la face postérieure du goitre, à droite.

La trachée est ensevelie sous la tumeur mais est manifestement très déviée à gauche. Le larynx paraît aplati et la crête du cartilage thyréoïde est sensiblement courbée de droite à gauche.

La voix est altérée, comme enrouée ; il existe du cornage. Pas de troubles de la déglutition.

Le 1er juillet, M. Verneuil fait une ponction dans le lobe du côté droit et retire 350 grammes de liquide hématique, couleur chocolat.

Le 8, une seconde ponction est faite dans la poche qui s'est de nouveau remplie.

Le 1er août, M. Verneuil passe un tube à drainage par transfixion dans la poche droite. La pulvérisation antiseptique est faite constamment sur la tumeur qui présente quelques signes d'inflammation. Ceux-ci s'amendent peu à peu.

Le 18 août, M. Pozzi, qui a pris le service du professeur Verneuil pendant les vacances, retire le drain par lequel il ne s'écoulait plus que quelques gouttes de liquide séro-purulent. La tumeur a cessé de décroître et le lobe droit, traversé par le drain, a le volume du poing et paraît tout à fait solide. Quelques signes d'inflammation locale s'étant prononcés, le drain est replacé au bout d'une semaine.

Le gonflement disparaît ; mais la tumeur reste stationnaire. Le cornage s'accentue et le malade consent à ce qu'une opération radicale soit tentée pour le débarrasser de cette affection qui déjà menace vie.

En présence de ce qui s'était passé pour le lobe droit, indiquant qu'outre les kystes il y avait une hypertrophie parenchymateuse considérable, M. Pozzi se décide à pratiquer l'extirpation complète du goitre. Les dimensions mesuraient à ce moment *dix-huit centimètres* dans le sens vertical et *dix-sept* dans le sens transversal.

M. le professeur Verneuil veut bien venir l'assister de son aide et de ses conseils.

Anesthésie avec le chloroforme. Une longue incision est faite sur la partie latérale droite du cou, au point le plus proéminent de la tumeur, allant de l'angle de la mâchoire à la fourchette du sternum. Au moment où on commence à disséquer les lèvres de la plaie, le malade, dont le cou est tendu, présente des signes d'asphyxie. Prévoyant que cet accident se renouvellera et sur l'avis conforme de M. Verneuil, M. Pozzi procède à la trachéotomie. Pour cela, une seconde incision verticale parallèle à la première est faite à gauche au niveau du point où la trachée a été refoulée. Elle rejoint inférieurement la première section, au niveau de la fourchette sternale, par une ligne courbe transversale donnant à la totalité de l'incision la forme d'un U. On découvre les deux anneaux supérieurs de la trachée qui, seuls, ne sont pas masqués entièrement, et en écartant les grosses veines, on parvient à y placer la canule qui est située tout à fait sur le côté gauche du cou à cause de la déviation du conduit aérien.

Aussitôt l'écoulement du sang veineux cesse définitivement. On continue facilement l'anesthésie au moyen d'une petite éponge chloroformée maintenue au devant de la canule.

Le lobe droit est d'abord attaqué latéralement, puis inférieurement. On énuclée le plus possible avec les doigts, et quant aux parties qui résistent, elles sont coupées à petits coups avec des ciseaux courbes qui rasent la surface de la tumeur. Cette première masse enlevée offre le volume du poing. On peut croire un instant qu'elle constitue la totalité du goitre, tant la plaie opératoire est large et profonde; mais en retournant la tête du malade, on s'aperçoit bien vite que tout le lobe gauche reste à extirper.

M. le professeur Verneuil n'assiste pas à cette seconde partie de l'opération. Elle est très laborieuse par des adhérences résistantes que l'on rencontre partout (il ne faut pas oublier que c'est ce lobe qui a été drainé et enflammé), l'hémorragie est presque nulle.

Dans la dernière partie de l'opération, lorsque presque toute la masse morbide est enlevée, il reste encore au fond de la plaie une grande lame de tissu thyréoïdien. On l'ébarbe avec précaution : un gros vaisseau donne un fort jet de sang. Deux pinces à forcipressure maîtrisent l'hémorragie, mais il est impossible de les remplacer par une ligature, et on laisse les pinces à demeure.

La plaie énorme, très profonde inférieurement où elle présente une cavité rétro-sternale, est formée dans sa moitié supérieure par la face antérieure du rachis d'où la tumeur avait chassé la trachée et l'œsophage très rejetés à gauche. — Lavage phéniqué, drainage, suture, pansement de Lister, compression, immobilisation.

Le malade a perdu peu de sang et n'est pas très affaibli bien que l'opération ait duré plus de trois heures.

Le lendemain, 6 octobre, il est en bon état, il a pu dormir, prendre du bouillon; il s'assied facilement sur son lit, écrit pour demander ce qu'il désire. Le pansement qui s'est relâché est changé ; la région opérée a bon aspect, ni rougeur ni gonflement notable. Les deux pinces sont laissées en place. Aucun suintement sanguin ne s'est produit.

Le 7 octobre, l'interne du service, sur l'avis donné la veille par M. Pozzi, change de nouveau le pansement et retire les deux pinces. Presque aussitôt se produit une hémorragie abondante ; les sutures sont rapidement défaites et plusieurs pinces sont appliquées par l'interne, au fond de la plaie. L'hémorragie s'arrête ; mais dans la nuit du même jour, vers 4 heures du matin, elle se reproduit de nouveau, et vu le retard inévitable à pareille heure dans l'arrivée des secours (bien qu'une infirmière ait été laissée au chevet du malade), la perte de sang est énorme. L'interne de garde l'arrête difficilement.

Le lendemain, 8 octobre, on trouve le malade presque exsangue, très faible, pâle et bouffi. Une dizaine de pinces encombrent la plaie. On les enlève avec précaution successivement : deux ligatures seulement doivent être appliquées : on saupoudre d'iodoforme la plaie grisâtre et on refait un pansement compressif.

L'opéré s'éteint dans l'après-midi sans que l'hémorragie ait reparu.

La tumeur enlevée pesait 402 grammes. Elle se composait de deux parties : 1° un grand kyste à contenu hématique et à parois très dures, épaisses d'un demi-centimètre, formait la totalité du lobe médian et saillant à gauche ; c'est sa partie inférieure qui plongeait derrière le sternum ; 2° une masse fibreuse d'une épaisseur de 1 à 3 centimètres formant le lobe droit ; une très grande quantité de petites cavités lacunaires creusent ce tissu résistant et lui donnent par places un aspect spongieux ; au centre est une cavité du volume d'une noix presque entièrement remplie de caillots fibrineux ; c'est le reste du kyste drainé par M. Verneuil.

L'autopsie a permis de constater les lésions suivantes sur les vaisseaux du cou : l'artère thyréoïdienne supérieure droite, qui a le volume d'une radiale est coupée à 7 millimètres de son origine : *aucun caillot n'existe dans cette artère.*

La carotide externe est difficilement séparée du tissu fibreux ambiant : elle est entourée de toutes parts par ce tissu, ce qui rend sa dissection pénible et eût difficilement permis de l'isoler pour la lier sur le vivant : les parois sont friables et paraissent avoir été saisies par les dernières pinces appliquées ; on n'y trouve pas le moindre caillot.

Les veines du cou sont énormément dilatées.

La trachée est aplatie et ramollie.

L'autopsie n'a pu être poussée plus loin.

Nous ferons ressortir spécialement quelques points de cette observation :

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE nous a présenté la déformation en fourreau de sabre et le ramollissement de la trachée déjà bien connus; il s'y joignait ici un véritable aplatissement avec courbure du larynx. La particularité la plus remarquable est l'adhérence allant jusqu'à la fusion de la gaine des gros vaisseaux du cou, à droite, avec le parenchyme de la tumeur, si bien que pour isoler la carotide externe, il fallait la sculpter, pour ainsi dire, dans une lame de tissu morbide.

Cette disposition est probablement le résultat des processus inflammatoires qui sont survenus à diverses reprises; on a vu les difficultés spéciales qu'elle a créées à l'hémostase.

Au POINT DE VUE OPÉRATOIRE, notons tout d'abord le bénéfice considérable retiré de la trachéotomie préliminaire qui a permis de continuer l'anesthésie complètement et facilement pendant plus de trois heures; voici ses principaux avantages :

Le *tubage* de la trachée augmentant la résistence de ce conduit, empêchant les effets de sa compression et de son tiraillement, nous a mis à l'abri de toute dyspnée; or on n'ignore pas combien les menaces de suffocation sont fréquentes pendant l'opération, et c'est même là la principale raison invoquée par Reverdin, Julliard et d'autres auteurs encore, pour cesser l'anesthésie après l'incision de la peau;

Du même coup l'hémorragie veineuse due surtout aux irrégularités de la respiration, a été presque complètement annulée.

On obtient ainsi une véritable économie de sang, bien précieuse dans une opération qui expose tant à en perdre.

Pour ces raisons, nous n'hésitons pas à considérer la trachéotomie préliminaire, comme un précieux adjuvant de l'extirpation des goitres lorsque ceux-ci ont amené une forte déviation et une déformation de la trachée, laquelle coïncide toujours avec une altération de ses parois.—Nous ne parlons évidemment pas des cas simples, où les goitres relativement petits, facilement énucléables, n'exposent à aucun tiraillement dangereux du conduit aérien;— mais, dans tous les cas, bientôt graves, où l'opération menace d'être laborieuse et accompagnée de menaces de suffocation, accident fréquent, ainsi que les observations publiées en font foi, la trachéotomie pourra être faite de propos délibéré, et constituer un premier temps opératoire. Parfois, comme dans notre observation, il sera relativement facile de découvrir les premiers anneaux de la trachée au dessus de l'isthme du corps thyréoïde plus ou moins volumineux. Si la trachée était entièrement masquée, on passerait deux fortes pinces ou deux ligatures sous cet isthme et après l'avoir incisé et rejeté latéralement on arriverait sans peine sur le conduit de l'air. Dans d'autres cas enfin, on pratiquera plus aisément la

laryngotomie inter-crico-thyréoïdienne; l'important, nous semble-t-il, est de placer la canule au plus vite.

A quel moment devra-t-on la retirer ? Si la réunion par première intention (que l'on doit toujours rechercher) paraît pouvoir être obtenue — qu'il n'y ait ni gonflement, ni phénomène inflammatoire d'aucune sorte — on pourra enlever la canule en même temps que les sutures, au premier ou au deuxième pansement. Dans les cas où la suppuration se sera établie, s'il survenait dès le début un certain degré d'œdème pouvant faire redouter la propagation du gonflement aux bourrelets aryténo-épiglottiques, on devrait temporiser jusqu'à ce que ces phénomènes se fussent dissipés. Ces derniers faits seront sûrement exceptionnels. Quoi qu'il en soit, nous avons voulu les signaler, car dans les hôpitaux surtout, ainsi que l'a observé M. Julliard, la réunion primitive de cette plaie manque fréquemment.

Une seconde particularité opératoire sur laquelle nous devons insister, est l'utilité extrême de la *forcipressure temporaire* sans laquelle l'opération serait presque impossible. Le nombre des pinces que l'on doit employer est presque incroyable ; nous en avons eu, en place à la fois plus de soixante. Il est bon d'avoir à sa disposition, outre les pinces à forcipressure ordinaires, des pinces à mors longs de 4 à 5 centimètres (dites pinces à pédicules), que l'on trouve chez tous nos fabricants d'instruments de chirurgie. Elles sont très analogues à celles que M. Reverdin a fait fabriquer et qui figurent dans son mémoire. Mais tandis que les pinces recommandées par M. Reverdin ont les mors droits, nous nous sommes mieux trouvés de mors légèrement courbés, épousant plus facilement la convexité de la tumeur. C'est surtout lorsqu'on procède à l'énucléation ou à la dissection lente avec des ciseaux de la face profonde du goitre, que ces pinces, placées d'avance, deux par deux, sur les parties à déchirer ou à sectionner, donnent une sécurité précieuse.

La *forcipressure prolongée* nous a été imposée par la nécessité, pour un gros vaisseau profondément situé et englobé dans les tissus denses, ce qui le transformait en véritable sinus. L'autopsie a montré qu'il n'était autre que le tronc de la thyréoïdienne supérieure, coupée à moins d'un centimètre de son origine. Ici l'emploi des pinces à demeure a été funeste. Restées en place 48 heures, elles n'ont pas amené l'hémostase définitive et deux hémorragies secondaires, considérables, ont entraîné la mort. Il faut donc faire désormais quelques réserves aux espérances excessives qu'avait fait concevoir l'emploi pour l'hémostase permanente de ce moyen, dans les premiers temps de sa vulgarisation. Nous formulerons, pour notre part, celle-ci : La forcipressure prolongée est dange-

reuse, appliquée dans le voisinage immédiat d'un gros vaisseau.

Les conditions anatomiques étaient ici, il faut l'avouer, éminemment défavorables. La brièveté du moignon de la thyréoïdienne, saisi par la pince, permettait difficilement la formation d'un caillot. Il est probable que celui-ci ne se serait pas formé davantage, si, au lieu de la forcipressure, on eût employé la ligature.

En quel point l'appliquer, du reste, puisqu'elle était pratiquement impossible sur l'extrémité du vaisseau sectionné ? Sur la carotide externe, au-dessous de la thyréoïdienne ? Mais tout anatomiste sait qu'il n'y a pas là assez de place et qu'il faudrait en réalité lier la carotide primitive si l'on voulait absolument placer un fil au-dessous de la naissance de la thyréoïdienne supérieure. Or, nous écartons cette opération à cause de la gravité extrême de ses suites. On peut alors se demander s'il n'eût pas été nécessaire de pratiquer la ligature de la carotide externe, un peu au-dessus de la naissance de la thyroéïdienne, pour amener l'hémostase par un procédé analogue à la méthode de Brasdor dans la cure des anévrismes ; nous répondrons que l'impossibilité d'isoler ce vaisseau, au milieu de la gangue fibreuse où il était confondu, rendait impraticable ce projet. On peut, du reste, douter que l'hémostase définitive eût ainsi été obtenue ; en effet l'étude de la pièce démontre que l'artère carotide externe a dû être pincée en plusieurs points par la forcipressure appliquée à deux reprises, par les internes, appelés à maîtriser des hémorragies secondaires formidables, et cependant aucun caillot n'oblitérait son calibre.

En résumé, il semble que la meilleure manière d'éviter cette hémorragie eût été de laisser au fond de la plaie une notable partie de la tumeur adhérente à la gaine des vaisseaux. En agissant ainsi, on aurait conservé à la thyréoïdienne une longueur suffisante pour qu'une coagulation durable pût s'y produire. C'est, en effet, dans la brièveté de la partie sectionnée de cette artère que gît tout le danger.

Doit-on craindre, en agissant ainsi, de s'exposer à une récidive ? Alors même que cela serait, qu'est cette éventualité, en comparaison des terribles accidents auxquels a succombé notre opéré ? Nous croyons donc que l'on peut poser comme règle, non seulement dans les cas où une adhérence aux gros vaisseaux pourra être reconnue, mais même dans ceux où la tumeur sera simplement en contact avec eux, de laisser dans la plaie, en ce point, la couche superficielle du goitre qui du reste est souvent assez facilement isolable sous forme de lame ou de capsule. Cette extirpation, *presque totale*, est bien différente de *l'extirpation partielle* à laquelle s'applique seule le reproche de M. Rose lorsqu'il dit « qu'un

goitre suffocant extirpé partiellement est un goitre auquel un chirurgien a affaire tous les deux ans[1] ».

Discussion.

M. Verneuil. Je pense qu'on ne me soupçonnera pas d'être hostile à la forcipressure continue; j'ai contribué, après plusieurs autres d'ailleurs, à sa vulgarisation et je continue à la considérer comme une chose excellente. Seulement, je dois reconnaître que cette méthode, comme toutes les méthodes, peut avoir ses inconvénients, et pour vous le prouver, je vais vous faire connaître deux cas dans lesquels elle a été cause d'accidents funestes.

Dans chacun de ces cas, il s'agissait de l'ablation d'une volumineuse tumeur du sein, avec de nombreux ganglions axillaires.

Chez la première de ces deux malades, l'opération était à peu près terminée, mes ligatures étaient posées, lorsque je m'aperçus d'un léger suintement de sang dans le fond de la plaie. Ne pouvant pas saisir de vaisseaux, je mis une pince et je la laissai en place, pensant qu'elle se détacherait d'elle-même. Elle se détacha, en effet, mais au même moment il se produisit une hémorragie formidable à laquelle la malade succomba.

A l'autopsie, je constatai une perte de substance énorme de l'artère axillaire : j'avais pris l'axillaire, croyant prendre une petite artériole sans importance, et comme je l'avais prise obliquement, j'en avais réséqué une grande partie.

Cette complication peut s'expliquer par ce fait, qu'en attirant en bas les ganglions cancéreux, j'avais attiré en même temps l'artère axillaire, et c'est ainsi que ma pince avait pu la saisir.

Ma seconde malade est en tout point semblable : après les ligatures faites, je saisis entre les mors d'une pince une petite artère qu'il me fut impossible de lier, et je recommandai au médecin qui soignait la malade de la retirer le lendemain. Comme tout marchait à souhait, celui-ci crut devoir laisser l'instrument tomber tout seul.

Il tomba, en effet, au neuvième jour, mais sa chute s'accompagna d'une hémorragie foudroyante, à laquelle la malade succomba. L'autopsie n'a pas été faite, mais je suis bien convaincu qu'il s'est agi là encore de la chute d'une escarre de l'axillaire.

Inutile de dire que depuis je n'ai plus laissé des pinces à demeure dans le creux de l'aisselle. Je préfère fendre le grand pec-

[1] Cité par Julliard. — Trente et une extirpations de goitres (*Revue de chirurgie*, 3e année 1883, p. 599).

toral, ce qui met à nu le creux de l'aisselle et permet de lier à son aise les vaisseaux que l'on y rencontre.

En ce qui concerne l'opération de M. Pozzi, je suis très disposé à croire que l'hémorragie foudroyante à laquelle a succombé son malade, résulte surtout de ce que l'artère thyréoïdienne a été coupée trop près de son origine carotidienne. Je crois que si pareil fait se représentait, il ne faudrait pas hésiter à lier la carotide externe; cette manœuvre n'aggraverait pas beaucoup une opération aussi importante que la thyréoïdectomie et elle procurerait une sécurité complète. Il va sans dire que ce conseil s'applique au cas où le vaisseau est lésé, mais que ce qu'il y aurait de mieux à faire serait bien plutôt de suivre le précepte préconisé par M. Pozzi, et qui consiste à laisser en place le petit lambeau de kyste par trop adhérent aux gros vaisseaux.

M. Tillaux. Je désire faire une objection à M. Pozzi, c'est relativement à sa trachéotomie préalable. Je crois que, dans l'immense majorité des cas, elle est impossible. Pour mon compte, j'ai fait cinq thyréoïdectomies dans le but d'enlever des tumeurs, et chaque fois ces tumeurs faisaient à la partie antérieure du cou une saillie telle, que si j'avais voulu découvrir la trachée, il m'aurait fallu pratiquer une opération préliminaire presque aussi compliquée que l'opération principale.

Ce n'est pas, toutefois, que je repousse la trachéotomie d'une manière absolue, seulement je dis qu'elle ne doit être faite que pendant le cours de l'opération, alors que l'on a, en quelque sorte, la main forcée. C'est ce qui m'est arrivé justement ce matin; pendant l'ablation du corps thyréoïde, les anneaux de la trachée ayant été enlevés en même temps, il va sans dire que j'ai placé une canule dans le conduit aérien.

Une autre observation est relative au chloroforme. L'emploi de cet anesthésique est souvent bien difficile, lorsqu'il s'agit d'un goitre suffoquant; la maladie déterminant par elle-même des accidents de suffocation, les dangers du chloroforme en sont accrus d'autant. Pour obvier autant que possible à cet inconvénient, j'ai administré à mon opérée de ce matin 4 grammes de chloral et 2 centigrammes de morphine. Dans ces conditions, l'opération sans chloroforme a été assez bien tolérée.

M. Pozzi. Il est certain que la trachéotomie classique est quelquefois très difficile, comme opération préalable ; mais ne pourrait-on pas faire souvent, comme je l'ai dit, la laryngotomie intercrico-thyréoïdienne? Ne pourrait-on pas également faire la trachéotomie au cours de l'opération, alors que la tumeur est déjà ou sectionnée entre deux pinces, ou en partie enlevée ?

Si j'insiste à cet égard, c'est que véritablement l'avantage qui résulte de la présence de la canule trachéale est des plus manifestes, non pas seulement au point de vue de la chloroformisation, mais surtout au point de vue de la facilité opératoire et de l'hémostase, et cela surtout lorsque la trachée déviée, déformée et ramollie, rend l'opération laborieuse.

M. Tillaux. J'admets la trachéotomie au cours de l'opération, et la preuve, c'est que je l'ai utilisée ce matin même, mais je ne l'admets que comme méthode de nécessité. C'est un accident opératoire, et non un adjuvant opératoire.

M. Verneuil. La question de la trachéotomie précédant la thyréoïdectomie est très discutée en ce moment ; certains chirurgiens, en effet, la considèrent comme indispensable, alors que d'autres la repoussent. Je crois que c'est un tort d'établir des principes à cet égard, et que cette trachéotomie a ses indications et ses contre-indications.

Quand la trachée est sur la ligne médiane, que la respiration se fait assez bien, je ne vois pas pourquoi on ferait une trachéotomie préalable; mais quand la trachée est de forme aplatie, ramollie, déviée vers les parties latérales, que le malade respire à peine, je crois qu'elle est absolument indiquée.

N'eût-elle d'autre avantage que de faciliter l'usage du chloroforme, que son emploi serait encore parfaitement justifié. Il ne faut pas oublier, en effet, que le chloroforme, dans ce cas, n'a pas seulement pour usage de supprimer la douleur, ce qui est bien cependant quelque chose, il présente encore cet avantage, qu'il diminue l'hémorrhagie. J'ai parfaitement constaté chez le malade de M. Pozzi, que chaque fois que, pour une cause ou pour une autre, la chloroformisation était arrêtée et que le malade sentait un peu, l'écoulement sanguin était abondant, mais cessait comme par enchantement dès que la chloroformisation était complétée.

La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 24 octobre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine ;*

2° *Traité théorique et pratique du massage*, par le Dr Horström, de Stockholm ;

3° Mémoires et bulletins de la Société de chirurgie et de médecine de Bordeaux ;

4° M. FOLET, de Lille, a envoyé une observation intitulée : *Kyste hématique de la fesse.* (Commission : MM. Nepveu, Polaillon et Reclus, rapporteur) ;

5° M. PETIT adresse une lettre de rectification. qui est renvoyée à l'examen de MM. Després, Trélat et Horteloup ;

6° M. POLAILLON dépose sur le bureau le *Bulletin de la Société de médecine de Paris ;*

7° M. POLAILLON dépose un travail de M. le Dr Thorens, intitulé : *De la luxation des phalangines des doigts en avant.*

Décès de M. le professeur Depaul.

M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, j'ai le pénible devoir de vous annoncer la mort de l'un de nos plus anciens et de nos plus éminents collègues, M. le professeur Depaul, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. La carrière scientifique de M. Depaul, sa carrière brillante et si honorablement remplie, vous est trop présente à l'esprit pour qu'il soit nécessaire d'en rappeler ici les principaux traits. Du reste, l'heure de la première émotion serait mal choisie pour un tel objet. Vous savez tous, Messieurs, quelle part active notre très regretté collègue a prise, pendant de longues années, à nos discussions et à nos travaux. Aujourd'hui la Société de chirurgie doit à sa mémoire le faible tribut d'hommages qu'elle a coutume d'accorder, en ces tristes circonstances, à ses anciens présidents.

Comme témoignage public de nos regrets, j'ai donc l'honnneur de vous proposer de lever immédiatement la séance.

La séance est levée à quatre heures.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 31 octobre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Le Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° Le 33e volume des *Transactions de la Société pathologique de Londres.*

3° Un manuscrit pour le prix Gerdy, dont le sujet donné par la Société est intitulé : *Des tuberculoses localisées en chirurgie.* Le mémoire a pour épigraphe : « La tuberculose est une. — La tuberculose externe ne diffère de la pthisie pulmonaire que parce qu'elle évolue dans des régions accessibles au chirurgien. »

4° Un mémoire pour le prix Laborie : *Sur les gommes et scléroses syphilitiques des lèvres,* ayant pour épigraphe : *Nos syphilidem in nostris ludis appellavimus.*

5° Un mémoire pour le prix Laborie : *Étude clinique sur les adénites consécutives aux lésions osseuses et articulaires,* ayant pour épigraphe : « Labore ».

6° M. TRÉLAT dépose deux exemplaires de la thèse de M. Jamin intitulée : *Étude sur l'uréthrite chronique blennorragique.* (Prix Duval.)

7° *Observation du double calcul de Cystine chez un enfant de 7 ans. — Taille hypogastrique pratiquée à l'aide de l'injection intra-vésicale et du ballonnement rectal; guérison.* — Envoyée par M. le Dr GIROU, d'Aurillac. (Rapporteur : M. Monod.)

8° *Observation de corps étranger de la paume de la main,*

adressée par M. le docteur Moty, médecin major à Tébessa. (Rapporteur : M. Chauvel.)

9° M. Verneuil offre de la part de M. Jeannel :

a) *Blessures et maladies chirurgicales des muscles des tendons et des aponévroses ;*

b) *Septicémie, pyohémie et pourriture d'hôpital;*

c) *Pansement ouaté de A. Guérin.*

A propos du procès-verbal.

De la gastrostomie.

M. Horteloup. Dans la séance du 17 octobre, notre collègue, M. Labbé, prenant la parole à l'occasion d'une observation de gastrostomie communiquée par M. Championnière, cita un ouvrage intitulé : *Traité de la gastrostomie*, dans lequel l'auteur aurait décrit, sous le nom de procédé de M. Verneuil, un procédé que M. Labbé considère comme lui appartenant.

Au cours de la séance, M. Verneuil rectifia les faits de telle façon qu'il ne pouvait pas y avoir le moindre doute sur les intentions de l'auteur mis en question et sur les droits de M. Labbé.

M. le Dr Petit, auteur du *Traité de la gastrostomie*, a désiré répondre un mot à M. Labbé, et il vous a adressé une lettre que le bureau a renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Trélat, Després et Horteloup.

M. Petit croit que M. Labbé a mal interprété son texte, car il a eu grand soin de bien établir que la cause des progrès apportés à l'opération de la taille stomacale a eu, pour point de départ, l'incision fixée pour la première fois avec exactitude par M. Labbé.

Votre commisssion, après avoir pris connaissance de la lettre de M. Petit, pense qu'il y a intérêt à accepter cette rectification toute scientifique, aussi vous propose-t-elle d'insérer, dans son Bulletin, non pas la lettre entière, mais les extraits suivants qui restent bien limités dans la position de la question :

« Dans la partie de mon historique, dit M. Petit, à laquelle M. Labbé a fait allusion, j'ai rappelé d'abord que la ligne d'incision, fixée pour la première fois avec exactitude, par ce chirurgien, pour la taille stomacale, avait été un des temps principaux de la gastrostomie et la cause des progrès ultérieurs de cette opération. J'ai montré ensuite qu'en pratiquant la gastrostomie dans un cas de rétrécissement de l'œsophage, M. Verneuil avait ajouté, au procédé de M. Labbé, d'autres éléments importants, et que, sauf la ligne d'incision et l'emploi de l'antisepsie, tous les éléments de

l'opération avaient été déjà mis en usage dans la gastrostomie par MM. Jouon, Möller, Waren Tay et Hjort.

« Ayant donc bien précisé la part qui, dans le procédé employé par M. Verneuil, revenait à chacun de ses devanciers, aussi bien à M. Labbé qu'aux autres, j'ai cru qu'il était inutile à la conservation de leurs droits de rappeler leurs noms dans mes conclusions.

« Peut-être aurais-je dû indiquer la réserve de ces droits dans la conclusion incriminée en disant, au lieu de « procédé de M. Verneuil », procédé employé par M. Verneuil » ; mais après les déclarations si catégoriques que j'avais faites en plusieurs pages de mon travail sur la signification du terme de « procédé de M. Verneuil », je ne pouvais supposer qu'il pût y avoir confusion sur ce point. »

En conséquence, la commission a l'honneur de vous proposer :

1° D'accuser réception à M. Petit de sa lettre de rectification ;

2° De la déposer dans les archives de la Société.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Sur le lieu d'élection de la fistule dans la gastrostomie,

Par M. Larger.

On est surpris, en parcourant les observations si consciencieusement recueillies par M. L.-H. Petit, comme celles qui ont été publiées depuis lors, de n'y trouver que peu ou point de détails sur ce temps de l'opération. Le plus souvent même, le siège de la fistule n'est pas indiqué, ou s'il l'est, ce n'est qu'à l'autopsie que s'en trouve la mention sommaire ; et l'on peut dire qu'en général les chirurgiens ont pêché l'estomac un peu au hasard, à travers la fente de la paroi abdominale. Je crois, pour mon humble part, cette manière de faire injustifiée, et je demande à la Société la permission d'appeler un instant son attention sur ce point, sinon important, ainsi qu'il me semble l'être, du moins nouveau, de la gastrostomie.

Le *père* de la gastrostomie, ainsi qu'on appelle en Allemagne mon illustre maître Sédillot, en recommandant et en pratiquant la fistule à l'union des portions pylorique et cardiaque, sur la paroi antérieure, à égale distance de la petite et de la grande courbure, n'avait d'autres soucis que ceux-ci : 1° éviter le plus possible le tiraillement de l'estomac, en éloignant la fistule de ses deux orifices ; 2° réduire les chances d'hémorragie au minimum, en prenant le milieu de la face antérieure.

Tous les chirurgiens qui ont adopté la maniere de faire de Sédillot n'ont pas eu d'autres préoccupations. Aucun ne s'est demandé — ou, s'il se l'est demandé, il ne l'a pas écrit — aucun, dis-je, ne s'est demandé, jusqu'à ce jour, si, tout en satisfaisant à ces désidérata, il ne vaudrait pas mieux placer la fistule de façon à ce qu'elle gênât le moins possible les fonctions de l'estomac. On s'étonne, à juste titre, que cette préoccupation, bien naturelle cependant, n'ait été celle de personne, car, après tout, le bon fonctionnement de l'estomac n'est-il pas le but véritable de l'opération, celui dont dépend surtout le succès définitif?

Or, il se trouve précisément que le lieu d'élection de Sédillot, généralement admis comme étant le plus favorable au point de vue opératoire, est, par une contradiction bizarre, le moins heureux au point de vue fonctionnel. Rien ne serait plus facile que de démontrer cette proposition en apparence paradoxale, s'il ne fallait pour cela entrer dans des développements sur l'anatomie et la physiologie de l'estomac qui seraient ici tout à fait hors de saison. Qu'il me suffise de renvoyer ceux que cela intéresse à ma thèse inaugurale soutenue à Strasbourg, le 4 janvier 1870, et intitulée : *Essai critique et expérimental sur les muscles lisses en général et sur quelques-uns en particulier*, p. 34 et suivantes.

La conclusion à laquelle j'arrive dans ce travail est en résumé celle-ci : « Il existe normalement au niveau du coude de l'estomac, à l'union des portions pylorique et cardiaque [1], un fort amas de fibres musculaires lisses appartenant à la couche circulaire, amas de fibres signalé par Ev. Home et que ce dernier a considéré à tort comme un sphincter anatomique (car il n'est pas nettement délimité) ; mais qui, servant de lieu d'insertion principal aux deux couches des fibres longitudinales de l'estomac d'une part et obliques de l'autre (ainsi que j'ai pu le démontrer par de très nombreuses dissections sur l'homme et les animaux), est le véritable *centre moteur* de l'estomac, le point où convergent et d'où partent tous les mouvements musculaires auxquels il semble donner le ton, absolument comme le pharynx règle ceux de l'œsophage, le col de la vessie ou de l'utérus ceux de ces organes : c'est du moins ce que laissent voir les expériences de Magendie et de Schiff, et que les miennes propres démontrent avec la dernière évidence. »

Il suit de là qu'en pratiquant une fistule au niveau du coude de l'estomac, on détermine dans les mouvements de celui-ci une perturbation analogue à celle que produirait, par exemple, dans la

[1] Pour éviter toute équivoque, je préfère délimiter avec Bichat, et aussi avec Sédillot, les portions pylorique et cardiaque par le *coude* de l'estomac et non par le *cardia*, ainsi que le font la plupart des auteurs.

miction une fistule du col de la vessie. Quel devra donc être le lieu d'élection de la fistule gastrique? Et d'abord sera-ce dans la portion pylorique ou dans la portion cardiaque? Hâtons-nous de dire qu'il faut choisir cette dernière qui est le véritable estomac chimique, l'endroit où s'amassent les aliments pendant presque toute la durée de la digestion stomacale. Les aliments, en effet, ne séjournent que peu ou point dans la portion pylorique qu'on sait être presque entièrement dépourvue de glandes pepsiques : la portion pylorique est surtout un organe de brassage, d'expulsion, analogue au gros intestin dont il prend la forme chez certains animaux (surtout chez le porc) et même parfois chez l'homme.

La fistule devra donc être placée dans la portion cardiaque. L'idéal serait de la mettre au cardia même : on réaliserait ainsi les conditions normales de l'introduction des aliments dans l'estomac. Malheureusement cela est impossible, en raison de la profondeur à laquelle est situé le cardia, profondeur qui empêche qu'on le fixe à la paroi abdominale. Force sera donc de se tenir toujours à une certaine distance de l'orifice cardiaque, sans qu'il soit possible de déterminer le point précis où devra porter l'instrument du chirurgien. Tout cela dépendra du degré plus ou moins grand de rétraction ou de déplacement de l'estomac, rétraction ou déplacement qui ont été parfois tellement considérables que l'estomac n'a pu être atteint que par son extrémité pylorique. Et ce qui prouve d'autant plus la grande variabilité des rapports qu'affecte l'estomac — non à l'état normal sans doute, mais chez l'individu qu'on va gastrostomiser — ce qui prouve, je le répète, cette variabilité, c'est ce fait qui résulte de la comparaison entre elles des observations publiées, à savoir : qu'à incisions cutanées à peu près égales, l'estomac a été ouvert dans les points les plus différents : tantôt près du pylore, tantôt près du cardia, tantôt enfin entre ces deux orifices. Cette constatation qu'il sera facile de faire après moi, en étudiant une à une ces observations, diminue notablement, ce me semble, la rigueur des conclusions auxquelles est arrivé M. Labbé, à la suite de recherches faites sur le cadavre, c'est à dire à l'état normal.

Enfin, la fistule devra être pratiquée vers la grande courbure, et non pas à égale distance de cette dernière et de la petite courbure, sur la face antérieure où se trouve le faisceau profond des fibres obliques, faisceau dont Luschka et mon regretté maître Küss ont soupçonné l'important rôle, et dont j'ai le premier constaté expérimentalement le mode de contraction. On ne choisira pas non plus la petite courbure d'abord trop profonde, et où l'on couperait la bande des fibres longitudinales, la plus forte que possède l'estomac (cravate de Suisse) ; il faut ajouter enfin que c'est là que

siègent les grosses artères. Ce dernier inconvénient est certainement le moins sérieux, car il n'existe pas d'observation de gastrostomie — du moins à ma connaissance — où l'hémorragie n'ait pu être facilement arrêtée. Mais outre les avantages d'être plus facilement accessible et de ne déterminer la lésion d'aucun faisceau musculaire important, le lieu d'élection à la grande courbure présente encore celui de correspondre à la position que prend l'estomac, quand celui-ci, empli d'aliments, opère son mouvement de bascule.

En résumé, si j'avais à pratiquer la gastrostomie, je ferais l'incision cutanée de L. Labbé, incision toutefois que je rapprocherais le plus possible du rebord des cartilages costaux et que je terminerais un peu plus haut encore que ne le fait notre éminent collègue M. Lucas-Championnière. L'estomac mis à découvert, je m'efforcerais d'attirer à l'orifice par des tractions douces et soutenues la région cardiaque de la grande courbure, en un point le plus rapproché possible du niveau du cardia, où je place le lieu d'élection de la fistule. Mais, je n'hésite pas à le dire, il pourrait se présenter telles circonstances où je n'aurais pas le choix, et où je serais forcé de placer ma fistule là où la rétraction et le déplacement de l'estomac me le permettraient ; car il ne faut pas se le dissimuler, ici comme ailleurs, et peut-être beaucoup plus qu'ailleurs, à cause de l'incertitude des rapports anatomiques, l'aléa joue le plus grand rôle.

Enfin, les sutures soigneusement appliquées, selon le sage précepte de M. Verneuil, et l'estomac ouvert, je continuerais de suivre les errements de cet éminent maître, mais avec une restriction toutefois, car je ne ferais pénétrer que de 3 à 4 centimètres au plus la sonde de caoutchouc dans la cavité stomacale, dans la crainte—justifiée d'ailleurs par l'exemple du malade de M. Le Dentu —que les contractions musculaires ne poussent l'extrémité de la sonde dans le duodénum.

M. Berger. Tous les chirurgiens qui ont fait la gastrostomie, ont désiré ouvrir l'estomac au voisinage du cardia. Mais, ainsi que l'indique M. Larger, c'est là un résultat qu'il est le plus souvent impossible d'atteindre ; c'est la région pylorique que l'on a sous les yeux une fois le ventre ouvert, c'est dans son voisinage, par conséquent, à peu près à la réunion de son tiers droit et avec ses deux tiers gauches, que porte l'incision de la fistule.

Quant au procédé qui consisterait à attirer la portion cardiaque vers la plaie abdominale afin de faire porter l'incision sur elle, je crois que c'est impossible, surtout lorsque l'intestin est fortement rétracté, ainsi que cela a été constaté sur le malade de M. Lucas-

Championnière et sur le mien. La chose, d'ailleurs, fût-elle possible, que je me demande encore si elle serait bonne à faire, et si l'on ne s'exposerait pas à avoir du côté des sutures un tiraillement exagéré qui ne tarderait pas à en amener la désunion.

En résumé, je reconnais, avec M. Larger, que la situation de la bouche stomacale que nous obtenons est vicieuse, mais je ne crois pas qu'il nous soit possible d'en obtenir une autre.

M. Lucas-Championnière. La remarque de M. Berger est des plus justes. La fistule cardiaque est celle qui est la plus favorable, mais ce serait une grande imprudence de chercher à l'obtenir en exerçant des tiraillements sur l'estomac.

D'ailleurs, tout en reconnaissant l'importance des remarques physiologiques que vient de nous faire M. Larger, je puis lui affirmer qu'en clinique ses prévisions ne paraissent pas être justifiées; il en arrive souvent ainsi de certaines recherches physiologiques des mieux conçues.

Les gastrostomies guéries, comme celles dans lesquelles le malade a survécu assez longtemps, nous ont permis de constater que la bouche pylorique n'avait pas les inconvénients qu'il nous signale. La fonction stomacale s'exécute de la manière la plus régulière, même avec une bouche stomacale voisine du pylore.

C'est ainsi que mon malade, dont l'état général était aussi déplorable que possible, supportait admirablement les aliments et les boissons qu'on injectait dans son estomac, à la condition toutefois que ces aliments et ces boissons ne soient pas trop abondants.

En ce qui concerne le tube introduit dans l'estomac après l'opération, je crois, comme M. Larger, qu'il y a avantage à en diminuer la longueur. Ce tube irrite la muqueuse et provoque des efforts de vomissements qu'il est cependant si utile d'éviter.

M. Larger. Je ne suis pas absolu ; dans la proposition que j'ai faite, je me suis borné à dire et je répète que l'on doit faire tous ses efforts pour que la fistule siège le plus près possible du cardia. Il va sans dire que si la chose est reconnue impossible, on ne devra pas insister. Mais dans aucun cas la fistule ne devra être placée au coude de l'estomac.

Communication.

Des luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aiguës, et de leur réduction immédiate,

Par M. Verneuil.

Si l'histoire des luxations traumatiques est à peu près complète, il n'en est pas de même pour les luxations pathologiques, dont l'étude laisse encore beaucoup à désirer sous le rapport des causes et du mode de production. Je veux, dans cette note, insister sur une forme particulière de ces luxations, qui a été vue, sans doute, mais non suffisamment distinguée des autres.

Sans vouloir traiter ici des luxations pathologiques en général, je dirai seulement que je leur conserve le nom qui leur avait été donné par Malgaigne, par opposition au groupe des luxations traumatiques. Les termes de luxations spontanées, symptomatiques, secondaires, progressives, etc., sont moins applicables à la généralité des cas.

Les luxations pathologiques ou de cause pathologique succèdent à des affections diverses des parties constituantes de l'articulation ou des organes voisins, et dont la liste pourrait servir de base à une classification étiologique. On décrirait alors des luxations par affections des synoviales, des ligaments, des os, des muscles, par tumeurs périarticulaires, etc. M. Volkmann admet des luxations par distension, par déformation, par destruction; mais ce mode de groupement, dont il serait facile de faire la critique, pèche en cela, qu'exclusivement basé sur l'anatomie pathologique, il indique les lésions qui rendent le déplacement possible, mais nullement les causes efficientes, c'est-à-dire réelles de ce déplacement même. Nous reviendrons plus loin sur ce point.

Je donnerai d'abord l'esquisse de la forme particulière sur laquelle je désire appeler l'attention. Un malade, exempt de toute manifestation scrofuleuse, est atteint de rhumatisme articulaire fébrile ou d'arthrite monoarticulaire aiguë; les douleurs sont violentes, le membre est dans une attitude vicieuse; un jour les douleurs cessent presque subitement; on examine l'articulation affectée, et on y constate une déformation considérable tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite ni suppuration, mais avec difformité persistante; si l'on réduit, on rend instantanément au membre sa direction, sa longueur, sa forme, et, au bout d'un certain temps, la guérison est obtenue.

On voit, par cet exposé, que les luxations en question 1° se rapprochent des luxations traumatiques par la production en quelque sorte soudaine, par l'absence de toute lésion osseuse, par la possibilité d'une réduction instantanée et permanente, par le retour intégral des fonctions, mais qu'elles en diffèrent par l'absence d'une violence extérieure capable d'exercer le déplacement; 2° se relient aux luxations pathologiques par la persistance d'une affection articulaire, rhumatisme ou arthrite aiguë.

Les cas de ce genre ne sont peut-être pas très rares, puisque j'en ai déjà observé huit (six à la hanche, deux au genou); toutefois, ils ne sont pas explicitement signalés dans les auteurs, car je n'en ai trouvé qu'un seul exemple bien net, dû à notre vénéré collègue M. Marjolin, et consigné dans la thèse de M. Gibert, son élève et mon ami.

L'observation suivante, la dernière en date, est tout à fait type.

Observation I. — Petite fille de 10 ans, de bonne constitution, née de parents bien portants. Aucune trace de scrofule. En juillet 1883 fièvre typhoïde assez grave. Dans la convalescence attaque de rhumatisme généralisé (de pseudo-rhumatisme, si l'on veut) se localisant ensuite dans le pied et dans la hanche gauches. Douleurs extrêmement vives ; cris incessants ; fièvre intense ; gonflement considérable des articulations affectées ; attitude très vicieuse des membres et du bassin, diagnostic exact impossible à porter, l'enfant poussant des cris horribles chaque fois qu'on la découvre et qu'on veut l'examiner. On se contente de faire des applications calmantes sur les jointures douloureuses et de traiter le rhumatisme.

Du 11e au 12e jour après le début de cette complication les douleurs se calment presque instantanément, le sommeil revient, l'agitation cesse, la gaieté renaît, et l'enfant, qui jusqu'alors était restée couchée sur le côté sain, avec toutes les articulations des membres inférieurs fléchies et le tronc plié en deux, peut s'asseoir dans son lit.

Le médecin ordinaire peut alors examiner et constate un raccourcissement considérable du membre abdominal gauche.

Appelé en consultation, je reconnais, poussées à l'extrême, les déformations de la coxalgie au second degré : flexion, adduction, rotation en dedans, ascension du bassin, etc. Je constate même sans la moindre difficulté, et d'après la situation relative du grand trochanter et de l'épine iliaque antéro-inférieure, que la tête du fémur a abandonné la cotyle et s'est luxée dans la fosse iliaque externe.

D'après les renseignements recueillis sur l'origine et la marche du mal, je diagnostique une luxation complète, mais récente, et par conséquent facile à réduire.

Une gouttière de Bonnet est commandée et, trois jours plus tard, c'est-à-dire six jours environ après l'époque présumée de la production du déplacement, je procède à la réduction. Le chloroforme administré

jusqu'à résolution complète, je confirme d'abord le diagnostic de la luxation. Or, non seulement la situation du membre est caractéristique, mais en exagérant un peu l'adduction et la rotation en dedans, on touche à travers les muscles fessiers la tête du fémur. Pour replacer cette tête, j'exerce une traction sur le membre, que je porte en même temps dans la rotation en dehors et dans l'adduction.

Je trouve si peu de résistance que la réduction est obtenue en moins d'une minute. Le bassin lui-même reprend aussitôt sa situation, de sorte que les deux membres redeviennent de même longueur et absolument symétriques.

La région coxo-fémorale gauche conserve néanmoins un certain empâtement.

L'enfant est convenablement assujettie dans la gouttière; le pied gauche, qui reste tuméfié, est soigneusement enveloppé dans le coton.

Les suites de cette réduction furent des plus simples; tous les accidents locaux se dissipèrent, et, au bout de 15 jours, les deux hanches ne différaient en rien. La sensibilité au toucher a même presque complètement disparu au niveau de la jointure malade.

Je recommandai de continuer encore le repos, pour permettre la reconstitution de la capsule.

Tout fait espérer une guérison complète.

Ce fait me remet en mémoire quatre cas de luxation coxo-fémorale survenue dans des conditions identiques, et sur lesquels j'ai conservé des notes dont quelques-unes sont malheureusement très sommaires.

La première remonte à l'année 1845, alors que j'étais interne de Lisfranc à l'hôpital de la Pitié.

Obs. II. — Une femme jeune et de bonne constitution se présenta à la consultation. Elle boitait fort, et se plaignait de douleurs articulaires particulièrement violentes au niveau de la hanche droite. Je lui fis une prescription. Mais comme la patiente avait beaucoup souffert pour venir de son domicile à l'hôpital, elle me pria de la soigner chez elle. Elle demeurait tout près de la Pitié, rue Poliveau, dans un logement fort modeste, mais cependant convenablement éclairé et aéré. La malade était femme d'un petit horticulteur, elle travaillait constamment au grand air, et c'était à la suite d'un refroidissement qu'avait éclaté l'attaque de rhumatisme articulaire aigu qui avait amené cette femme à réclamer nos soins.

Cette attaque fut intense; mais, comme je l'ai déjà dit, les douleurs se fixèrent surtout à l'articulation coxo-fémorale droite. Indépendamment du traitement général par les boissons délayantes, les applications narcotiques locales et les saignées, je fis appliquer deux fois des sangsues au pourtour de la jointure en question. Tout cela resta sans effet, et nous étions au 15e jour de la maladie, quand tout à coup les douleurs de la hanche cessèrent presque complètement. C'est pourquoi nous crûmes à

la guérison prochaine. Au bout de quelques jours, en effet, la malade se leva; mais elle boitait plus que jamais et pouvait à peine faire quelques pas. Je conseillai l'usage de béquilles. A leur aide, la marche fut possible. Un jour, assez longtemps après la cessation du rhumatisme, j'examinai la hanche et ne fus pas peu surpris de constater une déformation considérable de la région et de tout le membre, avec déplacement de la tête fémorale.

J'ai revu pendant bien des années ma malade de la rue Poliveau, qui vendait des fleurs au marché du Palais-de-Justice. Elle avait fini par quitter les béquilles et pouvait rester debout longtemps sans fatigue et sans douleur, mais elle boitait toujours, et dans un dernier examen que je fis, dix ans au moins après la luxation, je reconnus plus distinctement que jamais la tête fémorale dans la fosse iliaque externe, recouverte par les muscles fessiers notablement amincis et atrophiés.

Obs. III. — L'année suivante, en 1846, pendant mon internat chez mon illustre maître Bazin, je vis encore un fait pareil. Il s'agissait d'un garçon de 16 à 17 ans, à peau blanche, à cheveux blonds, de constitution faible, et qui était entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une attaque de rhumatisme articulaire aigu généralisé.

Il souffrait terriblement, et je le vois encore se tenant nuit et jour assis dans son lit, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci sur le bassin. L'articulation de la hanche gauche était particulièrement douloureuse. On institua le traitement général du rhumatisme, sans rien faire contre l'attitude vicieuse. Un matin, une quinzaine de jours après le début du rhumatisme, le malade annonça un soulagement qui s'était produit pendant la nuit précédente dans la hanche affectée. J'en informai mon chef et lui racontai ce que j'avais vu l'année précédente. Nous constatâmes l'attitude vicieuse du membre, la limitation extrême des mouvements, plus tard le déplacement de la tête du fémur. Mais ni le chef ni l'élève ne songèrent à la possibilité de remettre les choses en lieu et place.

Le jeune homme sortit de l'hôpital guéri de son rhumatisme, mais gardant une infirmité permanente.

Ces deux faits ne furent cependant pas perdus pour moi, car j'en crus connaître au moins la pathogénie. C'était, ai-je dit, en 1846; or, trois années auparavant, notre excellent et distingué collègue, M. Parise, avait publié ses intéressants travaux sur la coxalgie, et repris à son compte, comme on le sait, les théories d'Hippocrate et de J.-L. Petit sur le mode de production des luxations spontanées de la hanche. Ces travaux m'avaient frappé, et je n'hésitai pas à voir dans mes deux observations de nouveaux et très intéressants exemples de luxation par hydarthrose aiguë.

Pendant de longues années, je ne rencontrai aucun fait de ce genre; mais je complétai mon instruction, et surtout j'entrevis la possibilité d'intervenir et de ne plus laisser, comme dans les cas

de 1845 et 1846, une difformité considérable se produire sous mes yeux.

Voici, en effet, ce que j'avais appris. J'avais lu d'abord une note forte intéressante de Lesauvage, de Caen, qui, lui aussi, en 1835 (*Arch. de méd.*, 2e s., t. IX), soutenait la théorie de J.-L. Petit. Conséquent avec ses idées sur l'étiologie et le mécanisme de la luxation, il écrivait, à la page 279, la phrase suivante : « Je ne vois nullement quelle circonstance pourrait contre-indiquer la réduction. » A la vérité, il ne citait point d'observation directe à l'appui.

En 1865, une discussion importante sur la coxalgie avait lieu à la Société de chirurgie ; j'y pris part et citai le fait suivant, à propos des luxations dites spontanées, si communes dans cette affection[1].

OBS. IV. — Il me semble, disais-je, avoir rencontré une fois une subluxation chez un jeune adolescent. La maladie était déjà ancienne, et le raccourcissement de huit centimètres environ. Les manœuvres de redressement avaient rendu au membre presque toute sa longueur, moins deux centimètres. Une sorte de flexion paraissant expliquer la différence, j'essayai de la corriger en plaçant le poing fermé sous l'articulation, pendant que le bassin était vigoureusement fixé d'une part, et que, d'autre part, je pressais avec force sur le genou pour exagérer l'extension. Tout à coup, j'entendis, ainsi que mes aides, un petit bruit sec tout à fait semblable à celui qui indique la rentrée de la tête dans la cavité glénoïde quand on réduit les luxations de l'épaule sans chloroforme. En même temps, la fesse avait repris sa forme, et les membres une longueur égale. J'avais préalablement reporté dans la cotyle la tête qui s'en était quelque peu séparée. Je craignais qu'il n'y eût altération osseuse, mais il ne survint pas d'abcès, et je reste dans le doute sur la vraie signification de ce que j'ai observé. »

M. Marjolin, de son côté, avait rappelé une observation insérée dans la thèse de M. Gibert et offrant un exemple de réduction extemporanée d'une luxation pathologique de la hanche.

Comme ce fait est très comparable à ceux que j'ai observés moi-même par l'absence de scrofule, la nature rhumatismale de l'affection, la date récente du déplacement, la facilité de la réduction et de la contention, aussi bien que par l'absence ultérieure de toute suppuration, je crois utile d'exhumer, en l'abrégeant d'ailleurs, ce remarquable récit du travail où il reste oublié.

OBS. V. — M..., 11 ans, constitution chétive et souffreteuse, point de scrofule, habitant un logement sans soleil, sujette à de la fièvre, à des

[1] *Bull. Soc. de chir.*, 2e série, vol. VI, p. 40.

érysipèles et à des épistaxis fréquentes et abondantes. Onanisme invétéré.

Au commencement de septembre 1858, douleurs dans la hanche droite avec claudication, puis dans la hanche et le pied gauches, au niveau duquel il se forme un abcès. On croit à un rhumatisme, mais les signes de la coxalgie se dessinent de plus en plus. Décubitus latéral droit; bassin incliné de ce côté; membre abdominal gauche dans une forte adduction, telle que l'axe vertébral prolongé coupe la cuisse près de son tiers supérieur. Ascension du bassin de ce côté, rotation en dedans très prononcée; le genou gauche repose sur la cuisse opposée; raccourcissement apparent considérable; saillie de la hanche, ensellure, bascule du bassin en avant. L'enfant peut s'asseoir, mais ne peut exécuter aucun mouvement volontaire; tout mouvement communiqué est douloureux. La question de la luxation est difficile à trancher.

L'examen des membres indique que le genou gauche descend à un centimètre de moins que le droit, ce qui implique un raccourcissement réel, et cependant les mouvements lents qu'on parvient à faire exécuter semblent se passer dans l'articulation elle-même.

M. Marjolin penche pour la luxation. Le 16 octobre il endort l'enfant, tire la cuisse gauche en bas, et sent distinctement un soubresaut comme s'il s'agissait d'un obstacle franchi. Le redressement est opéré en quelques minutes et sans grande violence. On fait alors exécuter des mouvements en tous sens, et on constate que toute déviation a disparu et que les deux membres ont exactement la même longueur.

On immobilise les deux membres inférieurs; peu de douleur dans la journée, et à partir de ce moment les suites sont bonnes. L'enfant va sensiblement mieux de jour en jour.

2 Novembre. — La hanche gauche paraît aussi saine que la droite; les mouvements ont repris la moitié de leur étendue naturelle.

7 Janvier. — L'enfant peut être considérée comme guérie, car elle exécute d'elle-même tous les mouvements sans douleur. Nulle déviation de la hanche ni du bassin; les régions inguinales sont semblables; la région fessière est encore un peu aplatie [1].

J'étais donc tout armé, lorsqu'en 1869, à l'hôpital Lariboisière, j'observai le cas suivant, sur lequel M. le Dr L.-H. Petit, alors externe du service, a conservé quelques notes.

Obs. VI. — Un homme d'une trentaine d'années, grand, d'apparence très robuste, entra dans mes salles pendant la convalescence d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu qui avait été soigné en ville.

La fièvre, les accidents aigus avaient disparu peu à peu, mais l'arti-

[1] Gibert, *De la coxalgie chez les enfants.* — Thèse de doctorat, Paris 1859, p. 131.

culation coxo-fémorale gauche était restée seule très douloureuse, jusqu'au jour où la sensibilité avait cessé brusquement, en même temps que le membre inférieur se déformait et devenait impotent.

Le sujet m'avait été envoyé comme atteint de coxalgie rhumatismale.

Non seulement je reconnus sans peine une luxation de la tête du fémur dans la fosse iliaque externe, avec la déformation correspondante du membre, mais encore je déduisis du rhumatisme antérieur et de la production récente du déplacement (quelques jours à peine) qu'il s'agissait d'une pure lésion des parties molles sans dégradation osseuse ni suppuration, et finalement je conclus à la possibilité d'une réduction.

Le chloroforme étant administré, il fut possible sans grande peine de remettre la tête osseuse dans sa cavité et de rétablir instantanément la symétrie des membres. Le malade fut placé dans une gouttière de Bonnet, où l'immobilisation suffisamment prolongée compléta la cure.

Ce résultat était satisfaisant, aussi me comportai-je de même, d'emblée et sans hésitation, dans un cas semblable que je soignai avec un de mes anciens collègues d'internat, M. le Dr Martellière.

Obs. VII. — Il s'agissait d'un enfant de 5 ans, dont l'histoire est tout à fait semblable aux précédentes. Nous y trouvons en effet au début une fièvre éruptive, puis un rhumatisme (ou un pseudo-rhumatisme infectieux si l'on veut) accompagné de symptômes généraux sérieux avec douleurs violentes, attitude vicieuse du membre, puis soulagement survenu spontanément au bout de quelques jours ; après quoi l'examen du membre devenu plus facile révèle un raccourcissement et tous les indices d'un déplacement complet de la tête dans la fosse iliaque. Réduction sans difficulté à l'aide du chloroforme ; contention dans la gouttière de Bonnet. L'articulation reste longtemps tuméfiée et douloureuse; mais les membres sont redevenus et restent dans la suite égaux et symétriques.

Un accident survenu au pied du côté malade retint au repos pendant plus d'une année l'enfant, qui partit ensuite pour la province. Je ne pourrais dire comment il a marché dans la suite; mais je sais seulement que l'arthrite coxo-fémorale guérit sans suppuration. Il n'y avait d'ailleurs nulle trace de scrofule.

J'ai dit plus haut que j'avais observé également ces luxations pathologiques soudaines à l'articulation du genou. Je possède deux cas de ce genre.

Obs. VIII. — Le premier a été rencontré à l'hôpital Lariboisière, il y a une douzaine d'années, chez une jeune fille de belle constitution, atteinte de rhumatisme articulaire aigu généralisé et fort intense au début. Les deux genoux étaient pris, le gauche plus que le droit. La

flexion de la jambe sur la cuisse étant l'attitude qui soulageait le plus, fut obtenue et maintenue par un gros coussin placé transversalement sous la jambe. La position fléchie est évidemment très défectueuse dans les arthrites fémoro-tibiales, mais le rhumatisme articulaire aigu étant d'ordinaire de courte durée et ne laissant point de traces permanentes dans les articulations qu'il atteint, on ne s'occupe guère en général d'assurer pendant son cours *l'immobilisation dans une bonne attitude*, précaution si utile dans les autres arthrites. Donc, les membres inférieurs étaient abandonnés à eux-mêmes, lorsqu'on m'avertit un matin qu'un des deux genoux était entièrement déformé. Je constatai en effet une subluxation de la jambe caractérisée par la proéminence considérable des deux condyles et de la rotule, avec glissement du plateau tibial en haut et en arrière; de plus, flexion du membre à angle droit, tuméfaction très prononcée de toute la jointure, grande sensibilité au toucher, tension de la peau, etc.

Le genou de l'autre côté était un peu gonflé et renfermait un peu de liquide, mais avait conservé sa forme.

La malade, fort intelligente, m'affirma que le déplacement s'était produit pendant la nuit précédente, tout d'un coup, à la suite d'un soubresaut et d'une contraction musculaire énergique.

Je constatai la contracture des muscles fléchisseurs de la jambe, qui se tendaient énergiquement à la moindre tentative de redressement. Aussi j'administrai aussitôt le chloroforme. Dès que la résolution musculaire fut obtenue, je redressai avec la plus grande facilité, et remarquai le relâchement très notable de tous les ligaments fémoro-tibiaux, permettant de disloquer et de replacer les os avec la plus grande aisance.

Je ne connaissais guère à cette époque cette paralysie si rapide du triceps fémoral, de sorte que je ne fis rien pour m'assurer de son existence.

Le membre fut placé dans une gouttière en extension presque complète, et plus tard dans un appareil inamovible. La malade quitte mes salles guérie de son rhumatisme, mais marchant encore avec hésitation à cause de la faiblesse du membre, bien que l'articulation ait repris complètement sa forme et son volume. Je pense que la guérison a dû se compléter.

Le second cas a été recueilli tout récemment dans mon service à l'hôpital de la Pitié; par un malheureux concours de circonstances, il s'est terminé fatalement. Voici l'observation qui m'a été remise par notre collègue M. Nepveu.

Obs. IX. — *Subluxation du genou; résection; amputation de cuisse, mort.*

C. Henriette, journalière, 50 ans, entre à la Pitié, salle Lisfranc, n° 6, le 22 avril 1882.

Le jour même, une roue de voiture passant sur la jambe droite, le genou droit et le milieu de la cuisse gauche, a occasionné une plaie

contuse assez étendue de cette dernière, une violente contusion du genou, et une fracture sus-malléolaire compliquée de large plaie.

La fracture fut traitée par l'occlusion avec la baudruche collodionnée et l'appareil de Scultet ouaté; le genou fut du même coup immobilisé par le même appareil; enfin la plaie contuse de la cuisse fut pansée simplement avec les compression imbibées d'eau phéniquée.

Tout alla bien et à la fin de juin la malade se préparait à quitter son lit lorsqu'elle fut prise le 2 juillet de rhumatisme articulaire aigu avec réaction fébrile assez vive.

Au bout de quelques jours, une seule articulation restait gonflée et douloureuse ; c'était le genou gauche. Pour se soulager, la malade se couchait sur le côté, le membre fléchi, de sorte que la jambe était à angle droit sur la cuisse. On avait administré le salicylate de soude et prescrit le régime des maladies aiguës sans se préoccuper de l'attitude vicieuse. Le 10 juillet on m'avertit que la jointure s'est subitement déformée. Je reconnais en effet la subluxation en arrière avec flexion permanente de la jambe, toutefois sans rotation ni déviation latérale quelconque.

Le déplacement s'étant effectué pendant la nuit précédente, j'essaye de réduire sans chloroforme, mais les muscles se contractent vigoureusement et la malade se plaint vivement. Alors je produis l'anesthésie et avant même que la résolution musculaire soit bien complète, je remets les os en place sans difficulté. Il suffit pour cela de tirer la jambe suivant son axe et de presser d'avant en arrière sur l'extrémité inférieure du fémur.

Mais dès que la malade se réveille et qu'on laisse la jambe se fléchir, la luxation se reproduit. Je vois ainsi le déplacement paraître et disparaître plusieurs fois de suite, suivant que la jambe est en extension ou en flexion, ou qu'on reprend la traction.

La contraction des muscles postérieurs de la cuisse ou fléchisseurs de la jambe était la cause évidente de ce glissement instantané du tibia.

Je place et fixe rigoureusement le membre redressé dans une gouttière.

Quelques jours après, le genou, d'où l'inflammation aiguë avait d'ailleurs presque complètement disparu, était dégonflé et indolent; néanmoins, voulant prolonger pendant un temps suffisant l'immobilité absolue, je fis appliquer un appareil inamovible silicaté permettant à la malade de se lever et d'essayer la marche avec des béquilles.

Au bout de six semaines, tout paraissant aller à souhait, on enlève l'appareil. C'est alors qu'un élève du service, malheureusement atteint d'ankylophobie, crut devoir combattre la roideur articulaire et fit exécuter au genou des mouvements de flexion. Ces manœuvres malencontreuses amènent à la fois la mobilité et la reproduction du déplacement.

Le 26 septembre, on fait de nouveau la réduction, mais au bout de quelques jours la contention ayant été sans doute insuffisante, la luxation reparaît. A mon retour, je trouve le genou plus difforme que jamais et j'entreprends la remise en place du tibia. Je redressé tant

bien que mal la jambe fléchie, mais sans parvenir à la replacer dans l'axe de la cuisse ; le fémur prédomine toujours très fortement au devant du tibia qui paraît avoir glissé derrière la saillie condylienne La luxation paraît presque complète, il semble que le ligament postérieur s'oppose absolument à la réduction.

Je mets le membre dans une gouttière ; j'exerce sur la jambe une extension permanente, et sur l'extrémité inférieure du fémur une pression perpendiculaire destinée à repousser la masse condylienne en arrière ; tout reste inutile. L'arthrite consécutive à toutes ces tentatives se dissipe lentement et laisse après elle une telle sensibilité au niveau de la saillie sous-cutanée des condyles, qu'on ne peut exercer en ce point aucune pression sans arracher des plaintes à la malade. En supposant d'ailleurs que ces douleurs se dissipent à la longue, la perte des rapports presque complets du tibia et du fémur rendrait toujours le membre impropre à supporter le poids du corps. C'est pourquoi, bien que peu partisan des résections articulaires chez les personnes d'un âge mûr, je pratique cette opération le 29 novembre. Les os étaient sains, les cartilages à peine érodés, la synoviale épaissie, injectée et enflammée. Point de suppuration dans l'articulation.

L'irréductibilité avait pour cause la présence d'une masse fibro-adipeuse du volume d'un petit œuf de poule, située entre le ligament postérieur et la partie correspondante des condyles fémoraux et qui empêchait absolument ces derniers de se reporter en arrière.

J'abrège les détails de ce fait malheureux. La résection n'ayant pas fait cesser les douleurs et donnant lieu à une suppuration profuse et aux accidents de la septicémie chronique, je fus conduit à pratiquer l'amputation de la cuisse le 21 janvier 1883.

La malade s'éteignit le 9 février suivant, sans autre phénomène fâcheux qu'une diarrhée incoercible et une anorexie absolue. Elle mourut en réalité d'inanition. Le foie était le seul organe sérieusement altéré. Il était énorme et stéatosé comme dans la phtisie pulmonaire à la période ultime.

La série des sept cas précédents suffit, je crois, pour établir nettement l'existence d'une variété distincte de luxations pathologiques, se produisant en dehors de toute violence extérieure chez des sujets non scrofuleux, dans le cours d'une affection articulaire aiguë bornée aux parties molles, sans suppuration ultérieure et sans lésion primitive des os, variété susceptible d'être traitée fructueusement par la réduction extemporanée, rendue facile par l'anesthésie et par l'immobilisation dans une bonne attitude, avec espoir d'un rétablissement intégral des fonctions du membre.

L'admission de cette variété impose à la pratique : 1° la nécessité de surveiller plus qu'on ne le fait l'attitude des membres dans le rhumatisme articulaire aigu ; de corriger cette attitude dès qu'elle paraît vicieuse, lorsqu'elle se prolonge et quand elle paraît

être par elle-même la source de douleurs ; en un mot, d'appliquer aux arthrites rhumatismales mono-articulaires la règle si précise, si précieuse et si simple mise en usage par les chirurgiens : *l'immobilisation dans une bonne attitude*[1].

2° En cas de luxation produite à l'improviste, l'essai d'une réduction aussi prochaine que possible, avec traitement consécutif en rapport avec la nature de la cause de la lésion articulaire préexistant au déplacement.

Pour compléter le sujet, il me reste à examiner le mode de production, la pathogénie des luxations susdites. Par malheur, une source d'information me fait défaut, et c'est la plus importante : je n'ai point d'anatomie pathologique. J'ignore donc quels éléments articulaires ou périarticulaires sont surtout affectés et de quelle manière ils le sont. Je soupçonne que les os sont intacts, parce qu'il n'y a pas de déformation ultérieure et point de suppuration, mais je ne vois pas comment se comportent les téguments, s'ils sont rompus ou seulement distendus. Je ne puis donc que proposer certaines explications et risquer certaines hypothèses.

Il semble pourtant que la théorie de ces déplacements est toute trouvée, et qu'il suffit d'admettre avec Hippocrate, J.-L. Petit, Lesauvage, Parise, et bien d'autres, l'expulsion de la tête par l'hydarthrose coxo-fémorale.

La chose, à une certaine époque, me paraissait fort claire, mais les objections me sont venues, surtout depuis le jour déjà lointain où j'avais vu se produire sous mes yeux la luxation soudaine d'un genou atteint de rhumatisme, mais médiocrement tuméfié, et dans lequel n'existait qu'une petite quantité de liquide. Je me demandais d'ailleurs, à ce propos, comment une hydarthrose tibio-fémorale, si développée qu'on peut la supposer, pourrait à elle seule chasser le tibia en arrière et faire proéminer en haut et en arrière l'extrémité condylienne du fémur.

Mêmes doutes sur l'influence pathogénique de l'hydarthrose coxo-fémorale. Théoriquement et de par les lois de la mécanique, on a supposé que le liquide accumulé dans la jointure, s'insinuant entre les surfaces articulaires, pouvait amener une telle diastasis que la tête fémorale en arrivât à sortir de la cotyle ; ce à quoi, théoriquement aussi et en invoquant de même les lois mécaniques, on a répondu que si l'épanchement intra-articulaire pouvait distendre

[1] On sait déjà quelle est la valeur de ce précepte dans les rhumatismes à tendance ankylogène : R. puerpéral, blennorragique, infectieux, etc. L'immobilisation prompte, dans une bonne attitude, prévient souvent l'ankylose ou du moins en pallie notablement les fâcheuses conséquences.

la capsule, il tendrait simultanément à rapprocher plus intimement les surfaces diarthrodiales.

L'anatomie pathologique, à la vérité, semble fournir des preuves plus convaincantes. Trois ou quatre fois, jusqu'à ce jour, on a trouvé à l'autopsie une collection de sérosité plus ou moins pure, avec distension de la capsule coxo-fémorale et déplacement de la tête du fémur. Mais dans ces cas, le mal avait antérieurement affecté la marche chronique de la coxalgie ordinaire; la mort était survenue, et les lésions osseuses, bien que légères, il est vrai, ne faisaient point défaut. En un mot, par la marche, la terminaison, les lésions mêmes, les cas semblaient différer essentiellement de ceux que j'ai rencontrés.

Certes, je ne conteste pas l'existence de l'hydarthrose coxo-fémorale idiopathique, car je ne vois pas pourquoi l'hydropisie articulaire épargnerait la hanche plutôt que les autres jointures. Je dirai seulement que je la crois incapable à elle seule de chasser la tête de la cotyle, que si j'ai admis jadis cette possibilité, c'était en 1845 et 1846, et d'ailleurs théoriquement, après le déplacement, car pendant le cours du rhumatisme antérieur à la luxation, je n'avais ni constaté ni même songé un seul instant à constater l'épanchement articulaire en question. Depuis, je n'ai pas été plus heureux; voilà près de vingt ans que j'étudie la coxalgie et plus de dix ans que je cherche à expliquer les luxations pathologiques soudaines de la hanche. Or, il ne m'a jamais été possible de reconnaître distinctement sur le vivant une hydarthrose coxo-fémorale.

Pour en finir avec cette lésion problématique, je lui concéderai volontiers le pouvoir de ramollir, de relâcher, de distendre les liens articulaires, la capsule coxo-fémorale en particulier, et de favoriser ainsi la séparation et l'abandon des surfaces articulaires, mais sans pouvoir à elle seule effectuer la luxation proprement dite.

Mais, alors, comment expliquer la production de cette dernière? Je demande ici l'autorisation de présenter mon hypothèse.

Je pose d'abord en principe qu'en l'absence de lésions osseuses tout déplacement articulaire exige les conditions suivantes:

1° Une attitude particulière des leviers osseux;

2° Une force capable de détruire leurs moyens d'union;

3° Une direction telle de cette force qu'elle aboutisse à l'abandon réciproque des surfaces articulaires.

Ces propositions, si évidentes en cas de luxations traumatiques, s'appliquent tout aussi bien aux luxations pathologiques, avec ces différences toutefois: 1° que pour les premières la force vient sinon exclusivement, au moins presque toujours du dehors, tan-

dis que pour les secondes, elle réside sinon exclusivement, au moins presque toujours dans les organes péri-articulaires, susceptibles de la développer [1] ; 2° que dans les luxations traumatiques la force détruit d'emblée et sans préparation les résistances, c'est-à-dire les moyens de fixité des os ; tandis que dans les luxations pathologiques ces résistances, ces moyens de fixité sont déjà presque anéantis par un état morbide antérieur.

Cherchons à appliquer ces données à notre variété de luxations pathologiques.

Tout d'abord, les os sont intacts.

L'attitude vicieuse est constante. Dans tous les cas que j'ai observés à la hanche, la cuisse était dans la flexion, la rotation en dedans et l'adduction, comme dans la seconde phase de la coxalgie. Pour le genou, la jambe était en flexion permanente à angle droit.

Aucune violence n'étant intervenue, il faut chercher où résidait la force et comment elle a pu agir.

Si les partisans de la théorie de l'hydarthrose persistaient à y voir la cause du déplacement, je ferais remarquer que si l'accumulation du liquide est capable de séparer la tête fémorale du fond de la cotyle, elle ne saurait pousser cette tête dans une direction plutôt que dans l'autre.

Si on invoquait la rétraction ligamentaire, qui, par son analogie avec la rétraction cicatricielle, peut faire glisser l'une sur l'autre les surfaces diarthrodiales, je récuserais encore cette cause, la production précoce de la luxation ne permettant pas de l'attribuer à la rétraction capsulo-ligamentaire, phénomène toujours tardif.

Il ne reste donc pas d'autres agents actifs que les muscles péri-articulaires. Or, on ne saurait leur refuser le pouvoir de luxer à *eux seuls* les extrémités osseuses, puisqu'il existe une variété de luxations traumatiques de l'épaule, dans laquelle, en dépit de l'état normal de la capsule articulaire, la seule contraction des muscles suffit, dans certains mouvements, pour produire la luxation.

Si, à la hanche, je ne connais point de luxation traumatique par la seule action musculaire, je me l'explique, sinon parce que les muscles ne sont point assez énergiques, du moins parce que les résistances ligamenteuses sont trop fortes. Mais que ces dernières soient diminuées ou abolies, et bientôt l'action musculaire re-

[1] Ces mots : « sinon exclusivement, du moins presque toujours », sont mis ici à titre de réserve pour qu'il soit tenu compte : 1° des cas de luxation traumatiques par pure contraction musculaire, sans violence venue du dehors ; 2° des cas de ces luxations qu'on peut appeler *traumato-pathologiques*, où une articulation étant plus ou moins altérée, une violence extérieure minime suffit pour effectuer le déplacement.

prendra toute son efficacité. Or, l'état morbide antérieur, facteur initial dans les luxations pathologiques, réalise justement cette diminution, cet anéantissement même des résistances. C'est pourquoi j'en conclus que la contraction des muscles périarticulaires a été la cause efficiente des luxations que je viens de décrire.

Je vais au-devant d'une objection. On me dira : « Les muscles qui entourent une articulation ne sont pas seulement destinés à mouvoir les leviers osseux; ils protègent très efficacement les jointures, renforcent les ligaments passifs, ce qui leur a valu justement le nom de ligaments actifs, et s'opposent très efficacement aux déplacements et aux luxations. Il suffit en effet de jeter les yeux sur les muscles qui entourent une jointure pour reconnaître qu'ils sont en antagonisme permanent, et qu'à ceux qui tirent dans une direction s'opposent ceux qui tirent dans la direction contraire. Donc les muscles ne peuvent déplacer les os dans les luxations pathologiques. »

Il n'y aurait rien à répondre si *tous* les muscles qui entourent une articulation malade se trouvaient dans es mêmes conditions, s'ils étaient, par exemple, *tous* contracturés ou *tous* paralysés; mais d'ordinaire il en est autrement, sans que nous sachions encore exactement pourquoi les arthropathies entraînent à leur suite des altérations musculaires très inégalement réparties : tel groupe de muscles se paralysant et s'atrophiant vite, tandis que le groupe opposé se contracture et agit avec une énergie d'autant plus grande, que rien ne le contre-balance.

De tout ceci je conclus que lorsque le hasard réunit au niveau d'une même articulation une attitude vicieuse, une perte de résistance des ligaments, il y a chance de voir se produire la variété de luxation pathologique qui fait l'objet de cette note, variété dont la rareté relative s'explique justement par la multiplicité des conditions pathogéniques nécessaires.

On reconnaîtra sans peine ici une théorie que j'ai déjà émise à propos des luxations dites congénitales de la hanche, luxations que je persiste à considérer, au moins dans l'immense majorité des cas, comme une conséquence de la paralysie atrophique de l'enfance. Je m'imagine à son aide m'expliquer très aisément l'abandon des surfaces osseuses. Je prends pour exemple le cas de luxation du genou qui est survenu dans mes salles.

Une violente contusion de la cuisse et du genou paralyse le triceps fémoral. Un rhumatisme survient; la jambe abandonnée à elle-même se fléchit d'autant plus facilement que son muscle extenseur n'offre plus de résistance; les ligaments se relâchent, un beau jour les fléchisseurs de cette jambe se contractent et déplacent le tibia. Je remets les choses en place, mais comme je ne

puis ni fortifier le muscle faible ni affaiblir les muscles restés forts, le déplacement se reproduit sans cesse. Il faut demander le secours d'un appareil mécanique.

Même explication pour la luxation coxo-fémorale. Par suite de la flexion de la cuisse avec adduction et rotation en dedans, la cotyle ne met plus obstacle à l'issue de la tête. La capsule et les muscles fessiers, seuls, opposent une barrière à cette issue. Mais la capsule se ramollit et se distend; les muscles affaiblis cèdent à leur tour; la tête du fémur, poussée d'avant en arrière par les adducteurs et le couturier, ne rencontre plus devant elle de résistance assez forte, passe par-dessus le rebord cotyloïdien et se porte dans la fosse iliaque.

Ce rôle des muscles dans les luxations pathologiques en général a été entrevu, sans doute, ne serait-ce que par J.-L. Petit, mais il n'a pas été suffisamment mis en lumière, ni surtout discuté, comme cela eût été indispensable pour chaque luxation pathologique en particulier.

C'est cette lacune que je cherche à combler.

Discussion.

M. Trélat. Je n'aborderai pas ce sujet complexe et délicat dans toute son étendue, je me bornerai à présenter une remarque sur un seul point : celui de la pathogénie.

Parmi les deux luxations du genou que vient de nous rapporter M. Verneuil, il en est une qui l'a plus vivement frappé, parce qu'elle se présentait dans des circonstances particulièrement favorables à l'explication qu'il nous a proposée ; je veux parler de cette luxation du genou qui succède à une violente contusion de la partie inféro-externe de la cuisse , suivie de paralysie du triceps, et je dis que, même dans ces conditions, je m'explique difficilement comment les muscles qui s'insèrent à la partie supérieure de la jambe aient pu produire le déplacement. Ces muscles, en effet, biceps, muscles de la patte d'oie, voire même demi-membraneux, s'insèrent parallèlement à l'axe de la jambe, et leur action, avant que la flexion ne soit commencée, consiste surtout à appliquer le tibia contre les condyles, ce qui est plutôt une condition essentiellement défavorable au déplacement.

Ainsi donc, les paralysies dont nous parle M. Verneuil, n'expliquent pas suffisamment la luxation, et nous sommes bien obligés d'admettre l'intervention d'une cause autre que l'action musculaire.

Mais, d'ailleurs, ces paralysies, elles peuvent être présumées dans le cas que je viens de rappeler, mais, dans les autres cas

elles ne peuvent être admises qu'à titre d'hypothèse, que rien ne prouve.

De tout cela il résulte que, sans avoir un argument qui me permît de dire à M. Verneuil : Votre explication n'est pas exacte, je puis tout au moins ne l'accepter qu'avec des réserves.

M. Després. Ce n'est pas la première fois que M. Verneuil attribue certaines luxations à des paralysies et à des contractures musculaires ; aussi sommes-nous, depuis longtemps déjà, assez perplexes au sujet de ses théories à cet égard. Je ne crois pas ses nouveaux arguments de nature à nous faire changer d'avis. Nous ne pouvons oublier, en effet, qu'il est une maladie d'observation commune, la paralysie infantile, dans laquelle les conditions indiquées par M. Verneuil se trouvent réunies, et cependant la luxation ne se produit pas.

M. Verneuil. C'est précisément dans ces conditions que se produisent les luxations par action musculaire.

M. Després. Ce matin encore, je voyais une de ces paralysies, dans laquelle les surfaces osseuses avaient conservé tous leurs rapports.

Une autre raison qui explique nos réserves et nos incertitudes, c'est que les observations de M. Verneuil sont presque toutes relatives à des luxations de la hanche. Or, la hanche, en raison de sa profondeur et de la difficulté avec laquelle il nous est possible d'observer les phénomènes qui s'y passent, est la région dans laquelle il est le plus facile de s'illusionner.

M. Trélat. Les luxations de l'ataxie peuvent être comparées aux luxations auxquelles M. Verneuil fait allusion, et cependant je ne cache pas que l'on ait encore songé à les attribuer à une cause musculaire.

M. Verneuil. Vous ne pouvez pas comparer les luxations des ataxiques, toujours compliquées de déformations osseuses antérieures, de destruction des surfaces articulaires, aux luxations dont il vient d'être question dans ma communication, puisque, précisément, leur caractère principal est d'être exemptes de lésions articulaires d'aucune sorte.

M. Marjolin. Je remercie M. Verneuil d'avoir bien voulu rappeler une de mes observations personnelles et qui vient confirmer la réalité de semblables luxations.

Il me permettra, toutefois, de ne pas être aussi affirmatif que

lui en ce qui concerne l'action musculaire. Je ne nie pas qu'elle puisse avoir, à un moment donné, une influence réelle sur la production de ces déplacements, mais je crois que ce serait une faute de rejeter, d'une manière complète, l'influence de l'hydarthrose coxo-fémorale. Sans doute, nous n'avons pas souvent l'occasion de constater l'existence de cette hydarthrose, mais cela s'explique par la profondeur de l'articulation, dont la distension se trouve ainsi masquée par des groupes musculaires épais et résistants. Comment, en effet, expliquer ce soulagement immédiat qui accompagne le déplacement de l'os autrement qu'en admettant la cessation brusque d'une distension extrême, ou tout au moins la cessation d'un étranglement ?

A ces causes, il va sans dire qu'il faut en ajouter une autre admise par tout le monde, parce qu'elle est bien plus souvent observée ; je veux parler des déformations produites par les destructions osseuses.

La communication de M. Verneuil, à côté des théories qu'elle renferme et qui sont contestables, contient un précepte excellent et qu'il est bon de mettre en lumière, c'est qu'il est nécessaire de surveiller beaucoup plus qu'on ne le fait habituellement les lésions articulaires aiguës qui surviennent dans le cours de certaines maladies, comme la rougeole, le rhumatisme, etc. Ces lésions, en effet, si on n'y prend garde, peuvent produire des déplacements qu'il faut corriger aussitôt qu'ils ont été constatés.

M. Reclus. S'il était vrai, ainsi que le dit M. Després, que les luxations paralytiques n'aient été trouvées qu'au niveau de la hanche, le fait n'en serait pas moins important, et la démonstration faite par M. Verneuil de ces luxations produites par certains muscles, alors que leurs antagonistes sont paralysés, n'en conserverait pas moins toute son importance.

Mais les luxations paralytiques peuvent se rencontrer ailleurs qu'à la hanche. Charcot a démontré que dans les amyotrophies de la paralysie spinale de l'adulte, affection analogue à la paralysie infantile, la luxation du genou est chose fréquente. Personnellement, j'ai vu des enfants chez lesquels la paralysie, après s'être localisée sur certains groupes musculaires, déterminait le déplacement des pièces osseuses voisines. C'est ainsi que j'ai pu constater une paralysie de certains muscles dorsaux, déterminant de la scoliose, puis des luxations vertébrales ; la paralysie double de certains groupes fessiers déterminant la luxation double de la hanche ; la paralysie des muscles de la cuisse, déterminant la luxation du genou ; enfin la paralysie de certains muscles de la jambe, déterminant un pied-bot, affection qui a beaucoup d'analogie avec les

luxations paralytiques. Les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels, et il serait facile d'en trouver un très grand nombre dans le livre de M. Charcot.

M. Després. Il ne s'agit pas du pied-bot, il s'agit de luxations, ce qui n'est pas la même chose, et c'est de luxations que j'ai voulu parler lorsque j'ai dit qu'elles étaient très rares dans la paralysie infantile, sauf peut-être à la hanche. Or, les luxations de la hanche ne peuvent guère servir à étayer la théorie musculaire soutenue par M. Verneuil, parce que la profondeur de cette articulation ne permet pas de suivre le détail des phénomènes qui s'y passent.

M. Verneuil. M. Trélat m'objecte que les muscles de la cuisse s'insèrent de telle façon qu'ils ne peuvent produire de déplacements lorsque le membre est dans la rectitude ; mais précisément j'ai spécifié que les luxations observées par moi s'étaient toujours produites, lorsque le membre était en attitude vicieuse, c'est-à-dire à demi fléchi. Or, dans ces conditions, vous le reconnaîtrez avec moi, l'insertion des muscles qui meuvent la jambe est éminemment favorable à son déplacement.

En ce qui concerne la paralysie des muscles qui entourent l'articulation malade, M. Trélat me dit que je ne l'ai constatée qu'une seule fois, qu'elle est douteuse par conséquent dans mes autres observations. Mais cette paralysie, si je ne l'ai pas indiquée expressément, c'est qu'elle va de soi. Vous connaissez tous, en effet, la rapidité avec laquelle se paralysent et s'atrophient certains des groupes musculaires qui avoisinent une articulation malade, et c'est pour cela que je n'ai pas cru devoir vous rappeler cette circonstance.

Lecture.

M. Henriet lit un travail intitulé : *Des applications de la lithotritie au traitement des corps étrangers de la vessie chez l'homme.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Terrillon, Berger, Monod.

Présentation de malade.

Résection des deux tiers de la mâchoire supérieure pour un enchondro-sarcome.

M. Kirmisson présente le malade auquel il a pratiqué cette opé-

ration et appelle l'attention de la Société sur la réparation qui s'est faite. La cloison des fosses nasales s'est soudée avec la section de la voûte palatine osseuse, de manière à obturer l'ouverture du sinus maxillaire et à diminuer l'étendue de la perte de substance.

Renvoyé à l'examen de M. Berger.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 7 novembre 1883.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Un mémoire pour le prix Laborde intitulé: *Des accidents de l'ostéotomie,* ayant pour épigraphe : *Est modus in rebus.*

3° M. GUERLAIN, de Boulogne-sur-Mer, adresse une observation ayant pour titre : *Coup de pistolet dans la poitrine; mort; autopsie.* (Commission MM. Després, Delens, Polaillon, rapporteur.)

4° M. BRUGET, ancien interne des hôpitaux, adresse une observation intitulée : *Considérations sur l'exploration des fractures et particulièrement sur la valeur de la douleur localisée qu'on provoque au niveau du foyer de la fracture par la pression à distance sur les lésions osseuses maintenues immobiles.* (Commission, MM. Lannelongue, Monod, Verneuil, rapporteur.)

5° M. WEISS, professeur agrégé à la faculté de Nancy, adresse une observation intitulée : *Pseudarthrose du cubitus. Cal vicieux du radius, résection; guérison.* (M. Nepveu, rapporteur.)

6° Un mémoire pour le prix Demarquay, ayant pour épigraphe : *Natura non facit saltus.*

M. Mascarel, membre correspondant, adresse l'observation suivante :

Absence complète du col de l'utérus.

Une dame agée de 37 ans, directrice dans l'un des plus grands magasins de Paris, mariée depuis 8 ans, n'a jamais eu d'enfants ni fausses couches, quoique étant parfaitement bien réglée depuis l'âge de 16 ans.

Cette dame, qui venait pour la seconde fois cette année aux eaux de Mont-Dore se faire traiter pour une affection granuleuse du pharynx compliquée d'un peu d'affaiblissement de la voix par suite de l'exercice de sa profession, vint se plaindre à nous de douleurs vagues dans l'hypogastre, redoutant quelques lésions vers les organes profonds du bassin. C'est ainsi que vous fûmes appelé à l'examiner au spéculum.

Madame est une belle et grande femme, aux formes sveltes, parfaitement constituée et paraissant extérieurement bien conformée de toutes parts. Les organes génitaux externes sont à l'état normal ; il en est de même du vagin ; mais, par le toucher, il est impossible, avec le doigt indicateur de la main droite de trouver quoi que ce soit qui ressemble au col de l'utérus ; l'indicateur arrive dans le cul-de-sac du vagin et constate au centre un petit orifice parfaitement circulaire indice de l'entrée dans l'utérus.

Par le toucher rectal on constate facilement la présence du corps de l'utérus parfaitement en place sur la ligne médiane sans qu'on puisse reconnaître le petit étranglement qui sépare habituellement le col du corps de l'utérus. Ce dernier a son volume à peu près normal ainsi qu'on peut s'en assurer en déprimant fortement de la main gauche l'hypogastre qui n'est pas sensible à la pression.

L'examen au spéculum confirme absolument la présence d'une petite ouverture circulaire au fond et au centre du vagin sans traces du plus petit linéament de col utérin ; le museau de tanche manque donc complètement. Nous constatons seulement un peu de leucorrhée, cause sans doute des douleurs vagues accusées par la malade.

La menstruation étant parfaitement régulière et sans douleurs, l'on se demande en cas d'une grossesse possible, ce qui adviendrait au moment de la parturition, et dans quel sens le chirurgien accoucheur serait appelé à faire une opération.

J. Mascarel.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. M. Verneuil, dans la réponse qu'il fait aux objections formulées contre sa théorie relative aux luxations pathologiques, déclare qu'en cas d'arthrite il y a des groupes musculaires voisins de l'articulation, qui sont paralysés et atrophiés. J'admets l'atrophie, je crois même qu'elle se produit rapidement, mais il n'en est pas de même de la paralysie, c'est tout au plus si l'on peut admettre une simple parésie. Les muscles atrophiés obéissent, en effet, avec une grande rapidité à l'excitation électrique, et j'ajouterai qu'il n'est pas rare de les voir recouvrer complètement leurs fonctions physiologiques.

M. Verneuil. Je veux bien écarter, comme exagéré, le mot de paralysie, pris dans un sens absolu, mais cette restriction n'a aucune importance au point de vue de la théorie que j'ai soutenue, et qui s'appuie sur ce fait, que, dans les arthropathies, certains muscles périarticulaires perdent une partie de leur puissance contractile, alors que certains autres conservent cette même puissance.

M. Delens. A propos de cette même discussion, je puis rapporter à la Société deux faits qui paraissent présenter les plus grandes analogies avec ceux que M. Verneuil vous a fait connaître.

Observation I. Dans le courant de juillet 1879, je fus appelé à voir, rue de Ménilmontant le jeune L.... âgé de 10 ans, à peine convalescent d'une fièvre typhoïde grave qu'avait soignée M. le Dr Baucher. Outre de nombreuses ulcérations cutanées existant en différents points du corps, je constatai une luxation de la tête du fémur droit, dans la fosse iliaque. Elle s'était produite spontanément quelque temps auparavant, au moment où les accidents généraux de la fièvre typhoïde étaient le plus graves et sans qu'on eut noté l'instant précis du déplacement ni aucune cause occasionnelle qui pût l'expliquer.

L'affaiblissement profond du jeune garçon et l'obligation de renouveler journellement le pansement des escarres, empêchèrent de procéder immédiatement à la réduction de la luxation. Celle-ci fut opérée, sous le chloroforme, le 5 août, avec l'assistance du Dr Baucher et un appareil silicaté et ouaté fut appliqué pour maintenir le membre dans une bonne situation. Néanmoins, au bout de quelque temps, je constatai que la luxation se reproduisait. L'extension continue avec les liens de caoutchouc ayant été insuffisante pour ramener la tête dans la cavité, au commencement du mois d'octobre, je la réduisis de nouveau, sous le chloroforme et appliquai, cette fois, à l'hôpital, un appareil plus exactement contentif; à partir de ce moment, la luxation resta réduite. Bientôt la marche fut possible avec des béquilles, puis avec une canne,

et enfin sans soutiens dans les premiers mois de 1880. Depuis je n'ai eu qu'indirectement des nouvelles de cet enfant, mais, d'après ce qui m'a été dit, il aurait recouvré complètement l'usage de son membre.

Obs. II. Le second cas que j'ai en occasion d'observer est relatif à un jeune homme de 16 ans, Louis K... entré le 20 déc. 1880 à l'hôpital Tenon. Six mois auparavant, il avait reçu à la région occipitale un coup d'une cisaille très lourde. A la suite de cet accident des phénomènes généraux graves, probablement de nature méningitique, éclatèrent. Cependant, le médecin, qui soignait ce jeune homme en ville, crut à une fièvre typhoïde. Toujours est-il qu'au bout de trois mois, un matin, au moment où le jeune homme sortait du lit, il se produisit spontanément une luxation de la cuisse droite dans la fosse iliaque.

A l'entrée du malade à l'hôpital, il y avait encore à la région occipitale une suppuration abondante avec décollement de la peau. L'état général était peu satisfaisant; la température montait, le soir, à 40°.

Le 28 décembre, l'état général s'étant amélioré, je pus réduire la luxation de la hanche et placer le membre dans un appareil inamovible silicaté, comprenant le bassin. La luxation resta réduite et le 7 février l'appareil put être retiré. L'attitude du membre était bonne, malgré un certain degré de rotation du pied en dehors. Le malade fut maintenu dans une gouttière de Bonnet, à partir de ce jour.

Malheureusement, à la fin du mois du février, il fut fut pris de variole, et dut être transporté dans le service des varioleux. Depuis, je n'ai pas eu de ses nouvelles.

J'avoue que la cause intime de ces luxations m'échappe, mais les circonstances dans lesquelles elles se produisent n'en sont pas moins intéressantes à connaître.

M. Lannelongue. Dans quelque temps, je pourrai donner également, à la Société, la relation d'une observation de luxation de la hanche, consécutive à une fièvre typhoïde.

En attendant, je rappellerai que les arthropathies de diverses causes déterminent du côté des muscles certaines lésions qui expliquent très bien leur parésie ou même leur paralysie : la fibrine contenue dans les faisceaux musculaires est réduite d'un tiers, d'une moitié, quelquefois même des deux tiers, et dans l'intervalle de ces faisceaux, on observe une prolifération conjonctive abondante qui les étouffe. Toutefois, ce qui reste des fibres musculaires n'est pas trop altéré, et conserve sa structure normale. Quant aux tubes nerveux intra-musculaires, ils sont le plus souvent intacts, ou tout au moins la dégénérescence n'atteint qu'un très petit nombre d'entre eux.

Ces détails anatomiques expliquent pourquoi, dans l'immense majorité des cas, les muscles qui ne sont pas tout à fait paralysés peuvent reprendre leurs fonctions primitives, surtout si l'on a soin d'exciter leur nutrition à l'aide de courants continus.

M. Trélat. Ces lésions se montrent à la suite des arthropathies chroniques, mais il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'arthrites aiguës ou subaiguës. Elles font à peu près complètement défaut dans ce dernier cas.

M. Verneuil. Je suis heureux de voir que je n'ai pas été le seul à observer des luxations pathologiques produites sans altérations osseuses, à la suite des arthrites aiguës occasionnées par le rhumatisme ou les fièvres graves. Les cas rapportés par nos collègues, tout comme les miens, sont d'autant plus intéressants, qu'ils ont pu être guéris, contrairement à ce qui a lieu dans les luxations pathologiques décrites jusqu'à présent, celles qui accompagnent la coxalgie, par exemple.

En ce qui concerne la pathogénie que j'ai esquissée à la dernière séance, j'avoue que je suis assez embarrassé pour en démontrer l'exactitude, puisque je manque de notions anatomo-pathologiques sur ces lésions. Mon explication est donc hypothétique, et je suis prêt à en accepter une autre, plus exacte, s'il m'est démontré que la mienne est erronée. Toutefois, on reconnaîtra que cette dernière est rationnelle, basée qu'elle est sur certains faits bien connus de la pathologie articulaire, à savoir: la parésie localisée à certains groupes musculaires, qui accompagne les arthropathies chroniques ou aiguës.

M. Trélat. Je reconnais que la question soulevée par M. Verneuil est neuve, et qu'elle a une grande importance. Il est certain, en effet, que si jusqu'à présent on a longuement décrit les luxations pathologiques par lésions articulaires, on connaissait moins celles qui succèdent au rhumatisme ou à la fièvre typhoïde.

En ce qui concerne ces dernières, ne pourrait-on pas les expliquer par le relâchement des liens articulaires qui est la conséquence fatale des altérations que la fièvre typhoïde détermine dans la fibre musculaire en général : écartement des stries musculaires, aspect crénelé des fibres, ruptures, épanchements sanguins, etc. ? L'explication est admise pour l'épaule, qui se luxe assez fréquemment dans ces circonstances; elle pourrait également être admise pour la hanche et pour les autres articulations.

M. Després. M. Verneuil nous parle de luxations produites par des paralysies musculaires, et il ajoute que ces luxations ont guéri Il me permettra de lui faire observer que la réduction d'une luxation n'a pas habituellement pour conséquence de guérir des paralysies musculaires, et que la cause du déplacement persistant, le déplacement aurait dû se reproduire indéfiniment.

Je lui ferai une autre objection, basée sur les résultats des expé-

riences de luxations sur le cadavre; nous avons tous produit de ces luxations et nous avons pu constater que, malgré la section préalable des muscles, elles ne pouvaient être obtenues, tant que la capsule était intacte. A mon avis, ce seul fait suffit à démontrer que c'est tout à fait en dehors du système musculaire qu'il faut aller chercher la cause des déplacements de la hanche, analogues à ceux rapportés par M. Verneuil.

D'ailleurs, de semblables déplacements, sans lésions de la capsule, sans traumatisme, sont-ils bien réels? On peut se le demander, surtout si l'on songe que les malades de M. Verneuil n'ont pas été vus par lui pendant toute la durée de leur affection, et qu'il n'y a pas eu d'autopsie.

M. Verneuil. Ce serait véritablement désolant qu'il fût nécessaire de faire l'autopsie d'un membre pour affirmer un diagnostic de luxation de la hanche. La clinique, je crois, est assez avancée pour que, même au travers des parties molles, il soit possible d'affirmer l'existence de semblables luxations. D'ailleurs, parmi mes malades, il en est une, la première, chez laquelle la réduction ne fut pas faite, et que je revis plusieurs années de suite. Une fois que les muscles fessiers se furent atrophiés, il n'y avait pas de doute sur la présence de la tête dans la fosse iliaque.

En ce qui concerne la guérison des muscles paralysés, M. Després me fait dire une chose qui n'est jamais entrée dans ma pensée.

Les altérations musculaires avaient produit une luxation parce que le membre était dans une mauvaise position. Je réduisais et je plaçais le membre dans une bonne position, cela suffisait pour empêcher la récidive, les muscles restant en l'état jusqu'au jour où, sous l'influence de médications diverses, ils pouvaient récupérer leurs fonctions.

De la suture osseuse dans les fractures transversales de la rotule avec écartement,

Par M. le Docteur Beauregard, du Havre.

Rapport par M. Chauvel.

Lorsque M. *Beauregard* vint, il y a quelques mois, nous présenter pour la première fois le blessé chez lequel il avait pratiqué la suture osseuse dans une fracture transversale de la rotule, il ne doutait aucunement du succès et d'un succès complet. Rappelant les travaux de *Poinsot* (1881), de *Leclère* (thèse de Paris, 1882),

de *Francon* (thèse de Lyon, 1882), il pouvait dire avec raison que l'opération préconisée par *Lister* n'était pas inconnue dans notre pays. « Admirateur des audaces de la chirurgie antiseptique, écrivait-il, je ne crois pas cependant avoir fait preuve d'audace, mais seulement de bon sens. En l'état où se trouvaient les fragments, employer tout autre procédé eût été abandonner le malade aux plus tristes conséquences. Les appareils contentifs, la ponction de l'articulation, les griffes de *Malgaigne*, voire même la suture de *Kocher*, n'auraient donné qu'un résultat incomplet. Seule la suture osseuse assurait le succès, et mon espoir n'a pas été trompé. »

Notre confrère du Havre terminait alors son travail par les conclusions suivantes : « La suture osseuse de la rotule, combinaison de l'ostéotomie et de l'arthrotomie, mérite la même confiance que chacune de ces deux opérations. Elle guérit sûrement et vite les fractures anciennes à cal rompu. Elle est surtout utile dans les cas où la coaptation des fragments est reconnue dès l'abord impossible. En toute circonstance, je la préfère à la suture de *Kocher*, préconisée par les Allemands. On en peut dire : *Qui trop embrasse mal étreint.*

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, que l'examen de l'opéré de M. *Beauregard*, si peu de temps après l'intervention (moins de soixante jours), ne nous paraît pas confirmer les conclusions trop favorables de notre confrère. La consolidation n'était pas faite, les mouvements des genoux étaient excessivement limités. Il était, en somme, impossible de se prononcer sur le résultat de l'opération. Vous engageâtes alors le présentateur à ramener son malade au bout de quelques mois, ce qu'il a fait avec une extrême obligeance. Dans le nouveau travail qu'il nous a lu à cette occasion, M. *Beauregard* se montre beaucoup moins affirmatif. Je transcris ici ses conclusions textuelles :

« 1° Il faut toujours un certain temps pour qu'après la suture osseuse de la rotule les mouvements aient retrouvé leur extrême liberté. Le tableau statistique joint à ma première lecture montre que beaucoup d'opérés n'ont fléchi complètement la jambe qu'au bout de six mois ou un an.

« 2° Je suis convaincu d'arriver à un résultat complet. Je vous ai énoncé les difficultés que j'avais à combattre, et cependant le résultat actuel n'est pas décourageant.

« 3° Quant à l'influence fâcheuse des propathies sur le résultat prothétique, peut-on admettre que le traumatisme détermine une susceptibilité momentanée et latente de l'organe antérieurement malade, susceptibilité destinée à s'étendre peu à peu d'elle-même, mais pour laquelle la moindre manœuvre thérapeutique est comme

la goutte d'eau qui fait déborder le vase? Trois cas ne suffisent pas pour répondre à cette interrogation. »

Avant d'étudier, faits en mains, la valeur de la suture osseuse dans les fractures de la rotule, il me paraît indispensable de résumer l'observation personnelle de M. *Beauregard*, et de dire ici l'état dans lequel se trouvait son opéré lorsque nous l'avons vu pour la seconde fois.

Observation. — Un homme de 34 ans, fort et bien portant, reçoit, le 23 février 1883, un coup de pied de cheval sur le genou gauche. Le docteur *Beauregard* le voit une demi-heure environ après l'accident et constate aisément une fracture de la rotule. Le fragment supérieur est attiré en haut et simule une tumeur au niveau du cul-de-sac sous-tricipital. Comprenant la presque totalité de la rotule, il est très mobile, se laisse facilement abaisser à la rencontre du fragment inférieur, mais sans qu'on puisse obtenir une crépitation nette. Le fragment inférieur, très petit et aussi très mobile, fuit également sous les doigts. Il est impossible de le maintenir en contact avec le supérieur, il glisse au-dessous de ce dernier. Dans l'extension, ces deux fragments sont éloignés de 4 à 5 centimètres, et le surtout ligamenteux est profondément déchiré.

Le lendemain, gonflement considérable de l'article, application d'un appareil plâtré, fenêtré au niveau de la rotule. Bonne journée ; le soir : pouls 75; température, 37° 8.

Le docteur *Beauregard*, étant données les conditions de la fracture et l'impossibilité d'une coaptation suffisante, se décide à intervenir chirurgicalement. Le 25 février, après anesthésie, il fait une incision longitudinale de 8 centimètres, atteignant couche par couche la face antérieure des deux fragments de la rotule, introduit le doigt dans l'article et constate la petitesse du fragment inférieur dont la bascule amène en avant la coupe de la fracture. Le fragment supérieur ne frotte sur l'inférieur que par sa surface cartilagineuse.

« Après avoir enlevé le sang coagulé et le liquide contenu dans l'article, dit notre confrère, je traverse avec un perforateur *Laugier* le fragment supérieur dans toute son épaisseur, à deux centimètres du bord de la fracture, et j'y fais passer un fil d'argent très résistant.

« Il n'y a pas à songer à traverser de même le fragment inférieur Il est trop épais, trop court et ne donne ni aux doigts, ni aux instruments une prise suffisante. Une tentative de perforation le ferait certainement éclater. Je forme donc le projet de passer mon fil d'argent, non pas à travers le fragment inférieur, mais en dessous, dans le ligament rotulien, et de le mettre en contact avec le bord inférieur de la rotule. Pour cela, je me sers d'une aiguille courbe armée d'un fil de soie phéniqué, puis, par le procédé de l'enroulement en spirale, je substitue au fil de soie le chef profond de mon fil d'argent, et il me devient facile, en le vrillant avec le chef extra-articulaire, d'obtenir un affrontement exact des surfaces fragmentaires. »

Pas de lavages de l'article, drain dans la plaie prérotulienne, en par-

tie fermée par deux points séparés de suture entortillée. Pansement de Lister. Consolidation par une attelle postérieure de l'appareil plâtré brisé pendant la chloroformisation. Compresse de glace. L'opération a duré 3/4 d'heure. Antisepsie exacte. Quelques douleurs dans l'après-midi. Le soir : pouls, 80 ; température, 38°.

26 *février.* — Quelques douleurs ; l'appareil plâtré est élargi. Matin, P. 75 ; T. 37°,5. — Le soir, P. 85 ; T. 38°.

27 *février.* — Pansement ; à peine un peu de sérosité limpide. L'épanchement articulaire s'est en partie reproduit. Matin, P. 75 ; T. 37°,2. — Soir, P... T. 37°,8.

Tout marche à souhait. Pas de fièvre. Le drain, bientôt les sutures, sont enlevés ; la plaie s'est fermée en 8 jours, l'épanchement du genou s'est résorbé ; le blessé s'assied dans un fauteuil.

Quatre semaines après l'opération, l'appareil plâtré est enlevé. Immédiatement le blessé fait quelques pas sans soutien, mais il ne peut détacher le talon du lit. Encore un gonflement léger du genou : *la rotule fracturée est d'un centimètre plus longue que la rotule saine.* Une genouillère assure la marche et le patient reprend ses occupations. Le 15 avril, cinquante jours après l'opération, le talon est facilement détaché du lit, et les mouvements d'extension et de flexion du genou vont s'agrandissant de jour en jour.

C'est vers la fin de ce mois que M. *Beauregard* nous a amené pour la première fois son malade. Devant les doutes émis par le plus grand nombre de nous sur la valeur du résultat ultérieur de la suture, notre confrère du Havre a bien voulu prolonger son observation, et nous présenter son opéré une seconde fois. « Le résultat obtenu au bout de ces deux mois, dit lui-même M. *Beauregard* (c'est-à-dire 4 mois après l'opération), n'est, je l'avoue, qu'un succès relatif, il ne répond pas entièrement à mon attente. Le sujet marche sans boiter, il fléchit la jambe sur la cuisse presqu'à angle droit, il monte et descend assez facilement un escalier, enfin, il peut supporter une marche prolongée, et vaquer à toutes ses occupations ordinaires, mais les mouvements du genou sont encore limités et la flexion est incomplète. Si la marche rapide est possible, il n'en est pas de même de la course, du saut, de l'équitation. Ces divers exercices sont encore au-dessus de ses moyens. »

Notre confrère attribue ce résultat incomplet à deux sortes de causes. Les unes, relevant de la lésion primitive, sont : 1° l'arthrite tibio-fémorale révélée par l'épanchement articulaire et les adhérences qu'elle a favorisées, et 2° l'exiguïté du fragment inférieur, qu'il n'a pas été possible de perforer pour le souder directement avec le supérieur. Dans ces conditions, imprimer de bonne heure à l'articulation des mouvements étendus, c'eût été s'exposer à rompre la suture ou à déterminer une inflammation violente et une ankylose complète. Aussi dut-on se contenter d'une mobilisation graduelle et lente, en suspendant au pied un poids d'un kilogramme, la cuisse étant préalablement fixée.

Ces tentatives de mobilisation furent elles-mêmes, malgré leur douceur, rendues impossibles par des accidents graves du côté de l'estomac,

vomissements, crampes, accès douloureux, qu'elles paraissaient exagérer. La flexion bornée d'abord à 50°, atteint actuellement 70°, et l'état des voies digestives s'étant très amélioré, le docteur *Beauregard* pense qu'il lui sera possible d'obtenir une mobilité plus grande dans l'avenir.

Les raisons données par notre confrère du Havre, pour expliquer le résultat peu encourageant de son opération, ne nous paraissent pas très probantes, nous ne comprenons pas très bien que des troubles digestifs, assez légers en somme, aient eu sur le travail de réunion une influence aussi considérable. Quant aux accidents articulaires, ils n'ont pas été plus prononcés qu'on ne les observe d'habitude, et nous croyons qu'on les rencontrera toujours dans les cas analogues. Pour ce qui est de la forme, du volume et de la situation des fragments, des difficultés, de la coaptation, l'opération était précisément entreprise en raison de ces conditions. Si le rapprochement des surfaces osseuses eût été aisément obtenu par les appareils ordinaires, à quoi bon tenter la suture osseuse? Elle eût été pour le moins absolument inutile.

Mais, laissant de côté ces explications, j'arrive à l'état du malade tel que nous l'avons pu constater par nous-mêmes. M. *Beauregard* me paraît dans son observation avoir beaucoup trop laissé dans l'ombre les conditions locales de la rotule fracturée et du genou blessé. Tout d'abord, quelle réunion obtenue, cal osseux ou fibreux? L'examen montre qu'il n'y a pas soudure directe des fragments, pas de cal osseux. Il est facile de les mouvoir latéralement l'un sur l'autre, et ils sont éloignés de près d'un centimètre en avant. L'articulation est encore gonflée, sensible, les mouvements très limités, et le blessé marche sans fléchir le genou et non sans difficultés. Les muscles de la cuisse et de la jambe sont sensiblement atrophiés. En somme le résultat est médiocre, il est tel à peu près qu'à la première venue du patient, et rien ne permet d'affirmer une amélioration ultérieure. Notre confrère est obligé lui-même d'avouer que ses espérances ont été en grande partie déçues, et nous avons dit à quelles causes il rapportait l'insuccès de son invention.

Ainsi, un homme robuste, dans la force de l'âge, atteint d'une fracture directe de la rotule, sans plaies articulaires, sans autre condition défavorable qu'une grande difficulté de la coaptation des fragments, est traitée par la suture métallique. L'articulation est ouverte, un fil d'argent traverse le fragment supérieur et enserre dans son anse le fragment inférieur pour les amener en contact. L'opération dure près d'une heure, l'anesthésie est maintenue

pendant tout ce temps, et tout cela aboutit à un cal fibreux avec raideur considérable de la jointure, quatre mois après l'intervention. Ajoutons que l'opération a été entreprise le surlendemain de l'accident, sur la seule indication fournie par l'état anatomique des fragments. Si tel est le résultat ordinaire de la suture osseuse dans les fractures de la rotule, j'avoue, pour ma part, que j'hésiterais beaucoup avant de la pratiquer.

Nous avons pu réunir, en compulsant les nombreux travaux publiés sur ce sujet, principalement à l'étranger, un nombre d'observations bien supérieur à celui auquel était arrivé M. le docteur *Beauregard.* Laissant de côté tout ce qui a trait à l'historique de la question, fort bien traité par notre collègue *Poinsot* et par *Wahl* dans un mémoire plus récent, nous nous bornerons à donner un bref résumé des faits, ne nous attachant qu'aux points les plus importants.

Observation I. — *Cooper*, de San-Francisco, 1861. — Homme; fracture ancienne, mal consolidée. Incision longitudinale. Consolidation osseuse. (*Gaz. hebdom.*, 1861, p. 517. Extrait.)

Obs. II. — *Logan*, 1864. — Homme, 30 ans. Fracture de la rotule droite en février 1864. Au bout de 10 semaines, écartement de 3/4 de pouce entre les fragments. Incision longitudinale de 3 pouces, enlèvement du tissu fibreux. Logan, à l'aide d'un poinçon, perce un trou diagonalement à travers chaque fragment, y passe un gros fil d'argent et, par torsion, amène les surfaces en contact. Eau froide, pas d'accidents. Après 6 semaines, consolidation si parfaite qu'on retire la suture métallique. Au bout de 10 semaines, essais modérés de mobilisation. Dès le quatrième mois, l'opéré marche avec des béquilles, et, deux mois plus tard, les fonctions sont assez bien rétablies pour qu'il puisse reprendre sa profession de conducteur de voiture. Revu plusieurs fois, consolidation parfaite; la rotule est un peu plus longue, mais si la réunion n'est que ligamenteuse, elle se comporte comme un cal osseux. (*Bull. gén. de Thérapeutique*, 1867, LXXII, 277. Extrait du *Pacific med. Journ.*)

Obs. III. — *Abridge*, 1869. — Femme, 53 ans. Fracture récente avec plaie. Suture; réaction violente. Réunion solide (*Med. Times and Gazette*, 1869, p. 514.)

Obs. IV. — *Heine*, 1871. — Femme, 32 ans. Fracture sous-cutanée datant de deux ans, pseudarthrose. Incision transversale, enlèvement de la masse fibreuse et rafraîchissement des fragments, rapprochement avec les griffes de Malgaigne. Réaction violente, fièvre. Réunion fibreuse avec mobilité limitée, les fragments sont écartés de 1/2 centimètre. (*Langenbeck's Arch. f. Chir. Klin.*, 1877, XXII, 494.)

Obs. V. — *Cameron*, 1877. — Homme; fracture sous-cutanée de la rotule le 29 octobre 1876; nouvelle fracture le 8 janvier 1877. Traitement indirect absolument sans résultat. Le 5 mars, incision longitu-

dinale, enlèvement de la masse fibreuse interfragmentaire et rafraîchissement des surfaces nouvelles; drainage, deux sutures d'argent. Antisepsie. Guérison rapide sans suppuration. Réunion fibreuse; le malade sort avec son genou très utile. (*Glasgow med. Journal*, 1878, x, 293.)

Obs. VI. — *Lister*, 1877. — Dans un cas de fracture transversale de la rotule, chez un homme de 40 ans, Lister ouvre le genou, rafraîchit les surfaces osseuses, draine, perfore les deux fragments et les réunit par un fil d'argent, puis ferme la plaie par la suture. Opération faite il y a six semaines, température maximum 37°,75. Aucun trouble, plaies guéries en 14 jours, les extrémités du fil font saillie à travers la cicatrice. On les enlève après 2 mois, et le patient sort à la 10e semaine, avec 30° de flexion. Il n'a pas été revu. (*Brit. med. Journ.*, 1877, II, 850, et 1883, II, 855; *Lancet*, 1879, II, 770.)

Obs. VII. — *Schede*, 1877. — Homme, 30 ans. Fracture de la rotule sous-cutanée le 1er octobre 1877; pas de consolidation. Opération le 22 décembre, incision transversale, antisepsie. Le fragment supérieur, assez petit, s'est retourné, la surface fracturée dirigée en arrière. Rapprochement difficile après rafraîchissement des surfaces. Deux sutures d'argent, drainage. Réaction violente, suppuration de l'article. Cal osseux, mais ankylose du genou, que des mouvements passifs n'ont pu modifier. (*Centralblatt f. Chir.*, 1877, n° 42.)

Obs. VIII. — *Trendelenburg*, 1878. — Homme, 17 ans. Fracture sous-cutanée avec écartement de la largeur du pouce, date d'un mois et demi. Antisepsie. Incision courbe transversale, dissection, rafraîchissement, puis perforation des fragments. Leur rapprochement est très difficile; l'os mou, poreux, se laisse déchirer. Enfin deux sutures métalliques tiennent; la troisième se brise et est remplacée par un catgut. On passe un second catgut dans le périoste. L'opération dure une heure et demie. Guérison sous trois pansements, extension très satisfaisante. Le malade, revu après un an, jouit d'une articulation absolument normale; la réunion s'est maintenue. (*Centralblatt f. Chir.*, 1879, n° 36, p. 600.)

Obs. IX. — *Uhde*, 1878. — Homme, fracture de la rotule droite le 10 novembre 1877; récidive le 24 février 1878; écartement de 4 centimètres; épanchement considérable. Le 25 février, incision longitudinale de 12 centimètres; libération des fragments et rafraîchissement des surfaces. Deux perforations. Le placement des fils échoue d'abord, puis ils se rompent; enfin un fil de fer peut être maintenu et l'on rapproche les fragments. Suture de la plaie, Lister. La température monte à 39° le quatrième jour; le septième, elle tombe à la normale. Le 9 avril (43e jour), on enlève les fils métalliques pour fermer la plaie extérieure.

État le 2 décembre 1880, près de trois ans après l'opération : entre les deux fragments, cal fibreux d'à peine 1 centimètre de large. Flexion à peine possible. L'homme marche et travaille ; il habite au deuxième

étage. Ces résultats sont attribués à l'extraction trop rapide des fils et à l'absence de mobilisation. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1878, nº 17, et *Pfiel.-Schneider*, *loc. cit.*)

Obs. X. — *Smith*, 1878. — Homme, 22 ans. Fracture de la rotule droite, sous-cutanée, guérie avec large écartement. Déchirure du cal fibreux, pas de réunion, ne marche qu'avec deux bâtons. Un an après, écartement de 2 pouces; mouvements limités, atrophie musculaire considérable. Opération le 18 mai 1878. Incision longitudinale de 5 pouces, dissection et libération des fragments, rafraîchissement des surfaces, rapprochement impossible. On incise largement de chaque côté des fragments sans les rendre plus mobiles. La section sous-cutanée du triceps, 3 pouces au-dessus de l'article, permet de rapprocher les fragments. Perforation sur deux points de chaque fragment, fils d'argent, apposition parfaite. Drainage. Le 28 juin, on essaie d'enlever les fils, mais ils se brisent près des os. Mouvements passifs, marche. Sort le 25 juillet; les usages du membre se rétablissent rapidement. (*Lancet*, 1878, ii, 144.)

Obs. XI. — *J. Ball*, 1878. — Homme, 25 ans. Fracture sous-cutanée, ancienne. Incision longitudinale, suture avec fil de fer. Réaction violente, suppuration; mort de pyohémie le quatorzième jour. (In *J.-A. Whyst*, *The medical Record.* New-York, 1882, xvi, 22, et *Centralblatt f. Chir.*, 1882, p. 647.)

Obs. XII. — *Langenbeck*, 1878. — Homme, 49 ans. Fracture sous-cutanée récente. Incision transversale, suture avec fils d'argent, drainage. Réaction violente, suppuration; amputation de la cuisse; mort le seizième jour de pyohémie. (*Wahl*, Naht einer Patella fractur. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1883), et *Pape. Die Behandlung d. transvers. Patella fracturen.* Inaug. Dissert, Berlin, 1879.)

Obs. XIII. — *Schede*, 1879. — Homme de 45 à 50 ans. Fracture sous-cutanée depuis 14 jours, non soignée; écartement considérable. Rafraîchissement des surfaces, suture avec du catgut fort. Suppuration péri-articulaire. Guérison lente; réunion solide, mais ankylose complète du genou. L'opéré étant mort six semaines plus tard, l'autopsie montre une ankylose osseuse complète du genou et une consolidation osseuse de la fracture. (In *Pfiel.-Schneider*). (*Arch. f.Klin. Chir.*, 1881, xxvi, 300.)

Obs. XIV. — *Metzler*, 1879. — Homme de 26 ans. Fracture sous-cutanée de la rotule gauche, écartement de 2 centimètres. Quatre jours après, incision transversale, lavage de l'article avec une solution phéniquée à 5 0/0, perforation des fragments à 3/4 de centimètre de leur bord, suture avec soie phéniquée. Coaptation facile, drainage. Réunion de l'aponévrose et du périoste avec la soie phéniquée, de la peau avec du catgut, pansement de Lister. Deux mois plus tard, réunion solide, pas de cal sensible. La cicatrice cutanée est intimement unie à celles du fascia et de l'os. 14 jours plus tard, le patient marche, flexion de 30 degrés. (*Pfiel.-Schneider*, *loc. cit.*)

Obs. XV. — *Pfiel.-Schneider*, 1879. — Homme, 35 ans. Fracture récente de la rotule droite, gonflement considérable. Deux jours après, antisepsie, incision longitudinale de 15 centimètres, extraction du sang coagulé et lavage de l'article. Deux sutures osseuses avec fil d'argent, drainage, sutures superficielles, pansement de Lister. Inflammation assez vive (39°,5), douleurs, sécrétion sanguinolente. Le 8e jour, peut soulever la jambe et faire quelques pas sans douleur. Le 25e jour, se lève; dès la 12e semaine, a repris son travail; flexion d'environ 90°. Un an plus tard, la flexion atteint 110°. La rotule est plus haute de 1 centimètre; le travail facile, les sutures profondes ont été laissées en place. (Zur antiseptischen Knochennaht bei geschlossenem Querbruch der Kniescheibe.) (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1881, xxvi, 287.)

Obs. XVI. — *Royes.-Bell*, 1879. — Homme, 27 ans. Fracture sous-cutanée de la rotule droite le 24 septembre 1878; en janvier 1879, séparation des fragments que l'on ne peut rapprocher; marche pénible; travail impossible. Écartement de plus de 1 pouce, la peau adhère au cal fibreux. Opération le 12 juillet 1879; incision longitudinale, libération des fragments, dans chacun desquels on fait deux trous près des bords; fils d'argent forts. Pour rapprocher les surfaces, il faut couper le droit fémoral et son tendon, 3 pouces au-dessus de la rotule. Drainage, plaie suturée, pansement antiseptique, pas d'accidents. Le 6 août, on commence les mouvements passifs; le 5 septembre, le patient se lève. On enlève les fils d'argent le 27 septembre. Le 8 octobre, l'opéré fléchit et étend la jambe, il marche sans bâton et descend les escaliers; la flexion est de 60 degrés. Union osseuse parfaite en apparence, un léger sillon d'un des côtés marque le point de la division primitive. (Treatment of ununited fractures of patella.) (*Lancet*, 1879, ii, 657.)

Obs. XVII. — *Rose*, 1879. — Femme, 32 ans. Fracture sous-cutanée le 9 août; épanchement énorme; écartement de 2 pouces environ. Opération le 27 août, antisepsie. Incision longitudinale, libération des fragments et rafraîchissement des surfaces. On creuse deux trous dans chaque fragment, assez obliquement pour que les fils de suture soient toujours en dehors de l'article. Fils d'argent, drainage, suture de la plaie, pansement antiseptique. Les fils sont coupés et retirés la sixième semaine; les mouvements sont encore limités, mais la marche est satisfaisante. (Treatment of fractured patella by opening the joint and wiring the fragments.) (*Lancet*, 1879, ii, 767.)

Obs. XVIII. — *Rose*, 1879. — Homme, 41 ans. Fracture sous-cutanée de la rotule droite, opérée le même jour. Guérison sans accidents, même suture avec deux fils d'argent. A la sortie, l'opéré monte les escaliers, la jambe se fléchit à angle droit. Évidemment le droit antérieur a conservé ses fonctions. (*Lancet*, 1879, ii, 767.)

Obs. XIX. — *Cameron*, 1879. — Homme, 30 ans. Fracture sous-cutanée datant de trois semaines. Incision longitudinale, un fil d'ar-

gent. Réunion solide, mobilité normale (in *Wahl*, Comm. du professeur Trendelenburg).

Obs. XX. — *Kœnig*, 1880. — Homme de 71 ans. Fracture sous-cutanée datant de 3 semaines. Incision transversale, suture au catgut. Suppuration, réunion fibreuse. Genou rectiligne. L'aspiration du sang était restée sans résultats (in *Wahl*, Comm. du professeur Rosenbach).

Obs. XXI.—*Kœnig*, 1880.—Homme de 50 ans. Fracture sous-cutanée datant de 5 mois. Une première tentative a laissé un écartement de 2 centimètres. Incision transversale, suture au catgut. Réaction vive, réunion osseuse. Le 15 mars 1883, l'opéré peut, sans bâton, marcher une heure sur une voie plane, la flexion est peu prononcée (in *Wahl*, Comm. du professeur Rosenbach).

Obs. XXII. — *Langenbuch*, 1880. — Fracture sous-cutanée récente. Incision transversale, suture avec deux fils d'argent laissés sur place. Pas de réaction, réunion solide, mobilité normale. L'aspiration de l'hémarthrose avait été tentée sans succès (in *Wahl*, *loc. cit.*).

Obs. XXIII. — *Van der Meulen*, 1878.— Femme de 44 ans. Fracture de la rotule droite. Le 6 juillet, impossibilité de la coaptation par les bandages. Le 13 juillet, incision longitudinale, ouverture et lavage de l'article. On fore un petit canal dans les deux fragments sans perforer la surface postérieure de l'os. Un fil de platine mou sert à la réunion; ses extrémités tordues ensemble sont coupées court en avant de la rotule. Le rapprochement est parfait, on suture les plaies fibreuses et cutanées. Antisepsie absolue. Le 17 août, le blessé se lève et marche; en septembre, mouvements actifs et passifs. 6 mois après l'opération, les mouvements sont normaux. On ne trouve trace ni de la fracture, ni des fils de platine laissés en place (*Lancet*, 1880, I, 30).

Obs. XXIV. — *Gœring*, 1880. Homme de 22 ans. Fracture sous-cutanée datant de 3 mois, réunion fibreuse et troubles de la marche. Incision transversale, deux sutures avec fil de platine, pas de drainage. Réaction modérée, 38,8. Réunion solide, mobilité normale (in *Wahl*, Comm. du Dr Gœring).

Obs. XXV. — *Kœnig*, 1881. — Homme, 78 ans. Fracture sous-cutanée datant de 8 jours. Incision transversale, suture avec des fils de soie qu'on laisse en place. Pas de réaction, réunion osseuse. Le 15 mars 1883, la mobilité est encore limitée et fort douloureuse. Avec un bâton le patient ne fait pas plus de cent pas. Une ponction de l'hémarthrose, tentée le lendemain de la fracture, avait échoué (in *Wahl*, *loc. cit.*).

Obs. XXVI. — *Poncet*, 1881. — Homme. Fracture sous-cutanée ancienne, mal consolidée. Pas de réaction. Le résultat de la suture paraît très bon (*Lyon médical*, nos 49, 50).

Obs. XXVII. — *Socin*, 1880. — Homme de 48 ans. Fracture sous-

cutanée de la rotule droite, épanchement énorme, écartement de 3 centimètres. Une ponction capillaire faite le lendemain laisse entrer de l'air dans l'article. Immédiatement, incision transversale de 8 centimètres ; lavages, suture des fragments avec du catgut fort, drainage, sutures du périoste et de l'aponévrose, suture de la peau. Après un mois, la fracture est solidement réunie, le cal sûrement osseux. 6 mois plus tard l'opéré va très bien, il n'y a pas de raideur du genou (*Correspond.-Blatt f. Schweiz. Aerzte*, 1881, p. 241).

Obs. XXVIII. — *Whyet*, 1881.—Femme de 20 ans. Fracture ouverte datant de 20 jours. Incision transversale, deux sutures. Réaction violente, suppuration, amputation de la cuisse (*The med. Record*, New-York, 1881, XXI, 22).

Obs. XXIX. — *Fowler*, 1881. — Femme, 58 ans. Fracture sous-cutanée datant de 15 jours. Grande hémorragie par les articulaires. Ponction sans résultat. Incision transversale, suture. Mort 31 heures après l'opération par intoxication phéniquée (*Annals of anatomy and surgery*, 1882, v, et *Wahl*, *loc. cit.*).

Obs. XXX. — *Rosenbach*, 1882.— Homme, 52 ans. Fracture sous-cutanée récente, Incision transversale, sutures au catgut. Pas de réaction, réunion osseuse. Genou mobile, monte les escaliers, fonctions complètes (in *Wahl*, Comm. du prof. Rosenbach).

Obs. XXXI. — *Rosenbach*, 1882. —Homme, 56 ans. Fracture sous-cutanée récente, étoilée. Incision transversale, suture au catgut. Pas de réaction, réunion osseuse. Genou mobile, fonctions bonnes (in *Wahl*, *loc. cit.*).

Obs. XXXII. — *Kœnig*, 1882. — Homme, 23 ans. Fracture sous-cutanée récente. Incision transversale, suture au catgut. Réaction vive, suppuration, enlèvement d'un fragment nécrosé au bout de 5 semaines. Genou rectiligne (in *Wahl*, *loc. cit.*).

Obs. XXXIII. — *Fincke*, 1882. — Homme, 27 ans. Fracture sous-cutanée. Le 8 avril, écartement considérable des fragments. Le 12 avril, incision transversale convexe en bas, sutures avec deux fils de fer qu'on laisse en place. La section de l'os ramolli par les fils oblige à faire les perforations plus loin des bases de la cassure. Suture de la peau. Réaction vive, T, 39°,2. Suppuration modérée. Un an plus tard, mobilité presque normale; fonctions du membre satisfaisantes (in *Wahl*, *loc. cit.*).

Obs. XXXIV. — *Trendelenburg*, 1882.— Homme, 26 ans. Fracture sous-cutanée le 19 février; nouvelle fracture en septembre. Incision transversale à convexité supérieure. Suture avec deux fils d'argent laissés en place. Réaction modérée, suppuration, réunion solide. Raideur de l'article (in *Wahl*, Comm. orale du professeur Trendelenburg).

Obs. XXXV. — *Hartwich.* 1882. — Homme. Fracture sous-cutanée datant de 2 ans. Incision (?). Suture avec deux fils d'argent, deux autres fils sont passés à travers les tissus fibreux périphériques. Section du tendon du triceps après libération des fragments, les fils ne traversent pas la surface cartilagineuse. Réaction moyenne, sans suppuration, réunion solide; marche et sensibilité satisfaisantes. Fils laissés en place (*Méd. chir. corresp. Blatt f. deutsch. Americk. Aerzte,* 1883, 13 janv.).

Obs. XXXVI. — *Lanenstein,* 1882. — Homme, 45 ans. Fracture sous-cutanée récente. Hémarthrose volumineuse, aspiration sans résultat. Incision transversale courbe. Suture avec deux fils d'argent laissés en place. Réaction modérée. T. 38,5. Réunion solide, marche normale (*Deutsche med. Wochensch.*, 1883, n° 3).

Obs. XXXVII. — *Timme,* 1882. — Homme, 29 ans. Fracture récente, ouverte. Aspiration sans résultat. Incision transversale, suture avec deux fils d'argent laissés en place, puis enlevés plus tard. Réaction modérée, réunion solide. Marche normale, la flexion atteint l'angle droit (in *Wahl,* Comm. de Timme).

Obs. XXXVIII. — *Trendelenburg,* 1883. — Homme, 30 ans. Fracture sous-cutanée datant de trois semaines. Incision transversale convexe en haut; suture avec deux fils d'argent laissés en place. Pas de réaction, réunion solide. Mobilité satisfaisante au bout de 2 mois (in *Wahl,* Comm. du prof. Trendelenburg).

Obs. XXXIX. — *Dicken,* 1883. — Homme, 42 ans. Fracture sous-cutanée datant de 3 semaines et demie. Incision transversale, suture avec deux fils d'argent encore en place. Réaction, T. 39,4, suppuration modérée. Le blessé est encore en traitement, va bien, et l'on prévoit une réunion osseuse (in *Wahl,* Comm. du Dr Dicken).

Obs. XL. — *Rosenbach,* 1883. — Homme opéré à Göttingen le 24 mars, en traitement (in *Wahl.* loc. cit.).

Obs. XLI. — *Wahl* 1882. — Homme, 39 ans. Fracture sous-cutanée de la rotule gauche, insuccès de l'aspiration. Le surlendemain, incision et convexité inférieure, enlèvement des caillots et de quelques esquilles, lavages répétés de l'article. Suture osseuse avec fils d'argent; suture du périoste avec le catgut, réunion superficielle. Drainage, pansement de Lister. Fièvre, incision du cul-de-sac supérieur de la capsule. Nécrose superficielle du fragment inférieur, un sequestre gros comme une noix est enlevé le cinquième mois. L'obliquité de la fracture avait rendu très difficile la perforation des fragments et le passage des fils métalliques ; de plus, le premier se brisa et dût être remplacé. Rotule solidement réunie, mobile, consolidation osseuse. Flexion jusqu'à 90°, extension facile. Un an après l'opération la mar-

che est normale. (Nath einer Patellafraktur.) (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1883, n°s 18, 19 et 20).

Obs. XLII. — *Beauregard*, 1883. — Homme, 34 ans. Fracture sous-cutanée de le rotule gauche, écartement de 4 à 5 centimètres, impossibilité d'un rapprochement exact. Le deuxième jour, incision longitudinale, suture osseuse avec fil d'argent traversant le fragment supérieur et le ligament rotulien en bas, affrontement exact. Pansement de Lister. Pas de réaction. Au bout d'un mois le blessé fait quelques pas, après deux mois il marche et reprend son travail. A la fin du quatrième mois la marche est aisée, la flexion atteint 90°, mais les fragments sont mobiles l'un sur l'autre, il n'y a pas encore de cal osseux formé. Les fils de la suture n'ont pas été retirés.

Obs. XLIII. —*Lister*, 1879.—Homme, 37 ans. Fracture récente de la rotule droite, écartement d'un pouce. Opération le 6 juin. Incision longitudinale, une seule suture médiane, drainage. Pas de fièvre, marche après six semaines. Enlèvement du fil la huitième semaine, un bandage après deux mois ; flexion à angle droit. Le blessé revu après trois mois, marche sans boiter et porte jusqu'à 220 livres. Cicatrice linéaire, consolidation osseuse ; les mouvements s'exécutent normalement. (An address on the treatment of fracture of the patella.) (*British med. jour.*, 1883, II, 855.)

Obs. XLIV.—*Lister*, 1880.—Homme, 22 ans. Fracture datant de près de 6 mois, cal fibreux, marche impossible. Incision longitudinale, rafraîchissement des fragments, suture unique médiane. Quatre semaines après l'opération, pendant des tentatives de mobilisation sous le chloroforme, le fil se détord, la cicatrice se déchire, les fragments s'écartent. Lavage antiseptique de l'article et six jours après, nouvelle opération et suture par torsion des fils restés en place. Enlèvement du fil deux mois plus tard, marche possible mais genou immobile. En février 1883, rotule normale, union osseuse, flexion à 60°. En octobre, la flexion atteint 90°.

Fait important. — La mobilité est revenue sans mobilisation passive, et par le seul fait de l'usage naturel du membre (*loc. cit.*).

Obs. XLV. — *Lister*, 1880. — Femme, 43 ans. Fracture datant de huit semaines, non traitée. Opération le 12 novembre. Incision longitudinale, rafraîchissement des fragments, suture médiane, unique, fil d'argent fort, attelle de Gooch. Pas de fièvre. Au bout de deux mois, marche avec béquilles. Les fils sont enlevés après onze semaines. Revue en février 1883, la malade marche très bien; l'union est parfaite, l'extension complète, la flexion atteint 90° (*loc. cit.*).

Obs. XLVI. — *Lister*, 1881. — Homme, 62 ans. Fracture récente, écartement d'un pouce, rapprochement difficile, opération le 3e jour ; incision longitudinale, suture médiane unique. Pas de réaction. Les extrémités sont coupées court, et le tourillon fixé en bas sur la rotule. Au bout de six semaines, marche avec flexion à angle droit. Le patient

revu en octobre 1883 présente une cicatrice linéaire, une rotule parfaite avec soudure osseuse; la mobilité est complète et le travail facile (*loc. cit.*).

Obs. XLVII. — *Lister*, 1881. — Femme, 57 ans. Fracture récente, écartement d'un pouce, inflammation légère. Le sixième jour, incision longitudinale, suture médiane unique, fil coupé court et le tourillon rabattu sur la rotule. Pas de réaction. Après 15 jours, mobilisation ; au bout de 6 semaines marche facile, flexion à angle droit. La malade est revue le 23 février 1883. Union osseuse, mobilité parfaite, on sent sous la peau les fils de la suture (*loc. cit.*).

Obs. XLVIII. — *Lister*, 1883. — Homme, 67 ans. Fracture récente, opération le sixième jour, incision longitudinale. Le fragment inférieur, très petit est brisé, comminutivement et une esquille libre est enlevée. Suture médiane unique. En bas, le fil d'argent traverse le ligament rotulien. Pas de réaction. Fil coupé court et bouts rabattus. Au bout de 25 jours flexion à 30°. Le malade sort après 2 mois, il marche facilement. Revu en novembre 1883, la marche est facile et la mobilité s'accroît chaque jour (*loc. cit.*).

Obs. XLIX. — *Pozzi*, 1883. — Homme aliéné. Fracture récente, écartement considérable. Suture double avec fils d'argent, appareil plâtré. Dans des essais de mobilisation tentés après quelques semaines, les fragments se séparent sous l'influence des efforts violents du patient encore en traitement.

Ainsi nous avons pu réunir 49 observations de suture osseuse dans les fractures de la rotule dont 4 seulement sont antérieures à 1877, c'est-à-dire à la généralisation de la méthode antiseptique. Depuis cette époque la suture rotulienne a été pratiquée au moins 45 fois, à notre connaissance, car bien des faits probablement n'ont pas été publiés. Nous relevons 3 cas en 1877, 6 en 1878, 8 en 1879, 6 en 1880, 7 en 1881, 9 en 1882 et enfin 6 cas dans les premiers mois de cette année. Il semble donc qu'en Angleterre et plus encore en Allemagne, car le plus grand nombre des observations appartient à ces deux pays et surtout au dernier, l'opération dont nous essayons de déterminer la valeur est entrée dans la pratique courante d'un certain nombre de chirurgiens.

Naturellement les hommes, plus exposés aux fractures, tiennent la plus large place dans notre statistique : 37 pour 9 femmes ; naturellement aussi la plupart des opérés sont dans l'âge moyen de la vie. Nous trouvons sous ce dernier rapport : 1 cas avant 20 ans; 11 de 20 à 30 ans ; 10 de 30 à 40 ans; 9 de 40 à 50 ans ; 6 de 50 à 60 ans ; 4 de plus de 60 ans; enfin, 10 où l'âge n'est pas indiqué ; soit les 2/3 environ parmi les adultes.

Il est plus intéressant de connaître les conditions de la fracture et les raisons qui ont poussé le chirurgien à pratiquer l'opération.

4 fois il s'agissait de fractures avec plaie, mais il n'est pas dit que l'articulation fût ouverte chez trois blessés. Dans 10 cas, l'accident primitif remontait à plus de 3 mois ; dans 5 cas, il y avait rupture d'un cal fibreux, enfin, dans 30 cas, fracture récente ou ne remontant pas au delà de deux mois. C'est dire que dans les trois quarts des faits l'opération a été entreprise de parti pris, sinon immédiatement après l'accident, au moins après un temps insuffisant pour avoir constaté l'échec des autres méthodes de traitement. L'impossibilité ou la gêne considérable de la marche dans les fractures anciennes semble avoir été l'indication première de l'intervention. C'est ainsi que je relève : mauvaise consolidation, pseudarthose, absence de soudure, écartement énorme, parmi les particularités signalées pour expliquer l'utilité, sinon la nécessité de la suture directe. Dans les fractures récentes, l'impossibilité d'une coaptation exacte, l'écartement considérable des fragments, l'insuccès de l'aspiration pour enlever le sang abondamment épanché dans l'article, en un mot, des conditions faisant craindre une consolidation fibreuse avec un écartement prononcé. Telles sont les raisons qui ont guidé les opérateurs dans le plus grand nombre des cas. Certains semblent n'avoir obéi à aucune autre indication que l'espoir d'obtenir un cal osseux, et un rétablissement complet des fonctions du membre que les méthodes de traitement ordinaires leur paraissaient incapables d'amener.

Il ne s'agit pas cependant d'une opération toujours aisée. Si l'on étudie les observations, on ne tarde pas à voir que les chirurgiens, pour placer les sutures profondes, se sont trouvés aux prises avec de grandes difficultés. Peu importe que l'incision soit longitudinale, transversale, droite ou légèrement curviligne. 17 fois la première a été préférée ; 26 fois la seconde, qui nous paraît mieux placée pour mettre à nu ses surfaces articulaires et faciliter l'écoulement des liquides. Il est vrai qu'on lui a reproché la formation d'adhérences entre la cicatrice cutanée et l'os sous-jacent ; adhérences qui gênent la flexion. Lister emploie l'incision longitudinale et la suture médiane unique, pour éviter la dissection. Le sang qui remplit l'article dans les fractures récentes sera soigneusement enlevé, les surfaces lavées avec la solution phéniquée forte et les fragments libérés, ce qui peut nécessiter de larges débridements. On enlève le tissu fibreux inter-fragmentaire si l'accident est ancien, on rafraîchit les surfaces osseuses destinées à se souder ensemble.

Alors se fait la perforation des fragments. Bien qu'une suture unique ait parfois réussi, et qu'elle soit préférée par Lister, il nous paraît plus prudent de placer deux sutures, et par conséquent de faire deux perforations sur chaque fragment, en des points exac-

tement correspondants. On ne creusera pas les canaux trop près du bord fragmentaire, l'os pourrait éclater sous l'instrument ou céder sous le lien au moment des efforts de coaptation. Ces deux accidents ont été signalés. Les perforations se font en général dans une direction sensiblement parallèle aux surfaces de la fracture, perpendiculaires ou obliques comme elles. Mais certains chirurgiens, pour éviter qu'aucun fil soit dans la cavité synoviale, perforent l'os assez obliquement pour que l'orifice postérieur du canal se trouve sur la surface des sections, en avant du cartilage. Il ne semble pas que cette précaution soit bien importante au point de vue de l'arthrite redoutée; mais elle empêche le frottement du fil contre les surfaces fémorales.

Les trous perforés, on y engage le fil ou les fils. Nous n'avons relevé que 12 faits où la suture est notée comme unique; 18 où il est nettement indiqué que deux fils furent placés. Les autres observations manquent de précision sous ce rapport. Quel fil employer? Ici encore l'accord n'est pas fait. Cependant les fils métalliques sont généralement préférés. Sur 44 cas, je trouve : 29 fils d'argent, 3 fils de fer, 2 fils de platine, puis 8 sutures en argent et 2 à la soie phéniquée. Quel que soit le lien choisi, il semble préférable de ne pas chercher à le retirer quand on peut supposer que la consolidation est achevée. Cette manière de faire expose à des accidents. De plus, le retrait des fils perdus dans la cicatrice superficielle n'est pas toujours facile, et comme leur séjour prolongé est sans inconvénient, il semble actuellement admis que la pratique la plus sûre est de les laisser en place. Tel est l'avis de Lister.

Il ne faudrait pas croire que le placement des fils et le rapprochement des fragments soit constamment chose aisée. Malgré la libération des os et la grandeur de l'incision, les opérateurs, pour atteindre leur but, ont dû parfois sectionner le tendron du triceps crural (3 fois) et plus souvent encore faire de larges débridements externes. Il en est surtout ainsi dans les fractures anciennes où les tissus fibreux péri-rotuliens ont acquis une épaissenr et une résistance parfois considérable, où la rétraction du surtout ligamenteux, s'oppose au rapprochement des fragments. Un autre accident signalé par quelques auteurs est la section par les fils de l'os de venu poreux. De là la nécessité de perforer les fragments à une distance assez grande de la surface des fractures. Notons encore le brisement des fils sous les efforts de traction, la difficulté de la perforation des fragments trop petits, et nous comprendrons que l'opération ait pu durer une heure et même davantage.

M. le Dr Beauregard rejette le procédé de *Kocher* qui consiste à placer le chef inférieur de la suture en travers du tendon rotulien,

et cependant, en raison des dimensions exiguës du fragment inférieur, il a eu recours à cette manière de faire. Nous devons dire que nous n'avons trouvé ce procédé signalé que par Lister et qu'il ne paraît avoir été mis en usage qu'une seule fois dans les nombreuses observations que nous avons pu réunir. Pour que cette méthode nous paraisse, en théorie, inférieure à la suture osseuse proprement dite, nous ne nous croyons pas en droit de la condamner et le succès de Lister prouve son efficacité.

Pour terminer ce qui a trait au manuel opératoire il nous reste à dire un mot du drainage, de la réunion superficielle et du pansement. Le drainage est indispensable, il est l'accompagnement obligé de la méthode antiseptique et le négliger est s'exposer à des accidents inflammatoires. Quant à la réunion des parties superficielles, périoste et tissus fibreux, puis téguments, elle fournit son appui aux sutures profondes et favorise la cicatrisation rapide de la plaie. Inutile de discuter la nature du pansement à mettre en usage: l'antisepsie la plus rigoureuse est indispensable et les précautions les plus minutieuses seront prises pour éviter l'inflammation. Un appareil immobilisant maintient l'extension et le relâchement des extenseurs de la jambe jusqu'à ce que la suture soit complète. Il nous semble imprudent, même avec un appareil, de faire lever et marcher les malades, d'imprimer des mouvements au genou avant la fin du premier mois. Parfois, confiant en la solidité de la suture, les chirurgiens ont suivi une différente conduite; ils n'ont pas eu à s'en louer. Le fait de M. *Beauregard* rentre dans cette catégorie.

Sans doute, le repos, l'immobilisation trop prolongée exposent à des roideurs, et la suture osseuse est en partie destinée à éloigner ces accidents. Avec elle, la mobilisation active aussi bien que passive doit être plus précise qu'avec les appareils ordinaires. Mais il ne faut pas, en exagérant, exposer le blessé à des inflammations articulaires subaiguës et à des accidents persistants. La conservation indéfinie des fils de la suture profonde assure le maintien de la coaptation et par suite la formation d'un cal osseux.

Les suites immédiates de l'opération sont assez souvent dangereuses. Je relève 12 cas de réaction violente avec suppuration articulaire ou péri-articulaire ; 3 de réaction vive ; 5 de réaction modérée, soit 20 cas avec inflammation notable, contre 22 où l'absence de réaction est notée. Il est juste d'ajouter que parmi les premiers, les résultats définitifs ne furent pas, tant s'en faut, constamment défavorables au point de vue fonctionnel. Ces résultats demandent à être appréciés au point de vue de la consolidation et du rétablissement des fonctions. Sur 25 cas où la nature du cal est spécifiée, nous relevons 5 réunions ligamenteuses et

20 manifestement osseuses. Si nous joignons à ces dernières 12 cas où le cal est noté comme solide, nous trouverons que dans 32 cas sur 39, la suture osseuse a permis une consolidation satisfaisante des fragments.

Il reste à se demander quel est l'état fonctionnel du membre après un temps suffisamment prolongé pour que le résultat ne soit plus susceptible de modifications. Sur 39 observations je note 34 bons résultats et 5 médiocres. En ajoutant à ces derniers les cas où les conséquences ultimes de l'opération ne sont pas mentionnées, j'arrive à un total de 44 faits avec 34 succès et 10 insuccès. Je ne fais pas entrer dans ces chiffres les 3 cas de mort et 1 cas d'amputation secondaire de la cuisse, qui portent à 14 le nombre des insuccès. Ces derniers, en tant qu'usage du membre sont le plus souvent en rapport avec la mobilité de l'articulation du genou. Sur 35 faits où l'état des mouvements de la jambe est spécifié, je relève 4 cas d'ankylose complète, rectiligne, probablement osseuse ; 6 cas de roideur prononcée ; 8 où la flexion ne dépassait pas 90°; 5 de mobilité dite satisfaisante, enfin 12 où les mouvements avaient une étendue normale. Ainsi que je le disais plus haut, mobilité du genou et valeur fonctionnelle marchent à peu près d'accord. Nous pourrions donc conclure sur 35 faits à 10 insuccès fonctionnels, 13 demi-succès et 12 succès complets. Au reste si on parcourt les observations on voit que dans un grand nombre de cas l'état local s'est progressivement amélioré, au point que la marche et le travail sont devenus possibles et parfois faciles, alors que les suites immédiates n'étaient pas des plus favorables.

En somme, sur 49 opérations de suture osseuse de la rotule, je relève 3 morts, 2 par pyémie et 1 par intoxication phéniquée ; plus une amputation de cuisse, la mortalité opératoire est donc de 2 pour 49 (en retirant l'empoisonnement phéniqué) ou environ 4,5 0/0. La proportion des succès et demi-succès est 71,4 0/0, celle des insuccès de 28,6, ou du tiers.

Messieurs, ce rapport est déjà trop long et je ne veux pas l'agrandir encore en faisant l'histoire de la suture osseuse dans les fractures de la rotule. Elle se trouve dans les travaux de *Poinsot* (*Revue générale; Revue de chirurgie*, 1882, II, 51); de *Pfiel Schneider*, (*Arch. f. klin. chir.*, 1881, XXVI, 287), de *Walh* (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1883, n°s 18, 19 et 20) et de *Lister* (*British. med. journ.*, 1883, II, 855) ; elle se trouve dans la série d'observations que j'ai résumées plus haut. Les auteurs que je viens de citer sont tous les trois partisans déclarés de l'opération. Il en est de même de *Lister*, de *Ris* et d'*Adams* en Angleterre, et avec certaines restrictions de *Bryant* et de *Smith* parmi les chirurgiens de Londres.

Pour juger de l'utilité de la suture osseuse, dont la gravité n'est

pas contestable, il faut tout d'abord examiner les résultats donnés par les méthodes de traitement non sanglantes, par les nombreux appareils mis en usage pour obtenir la consolidation des fractures de la rotule. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait eu à soigner des cas de ce genre, il n'en est pas non plus, croyons-nous, qui n'ait été affligé des tristes résultats obtenus. *Lecoin*, dans sa thèse, (Paris 1869) a consigné les résultats de 27 fractures observées par lui à la maison de convalescence de Vincennes. La durée moyenne de l'immobilisation était de 59,5 jours, le minimum 23, le maximum 194 jours. Sauf chez 4 blessés, il y avait réunion fibreuse avec écartement atteignant jusqu'à 5 1/2 centimètres, et dans 18 cas renversement des fragments. L'extension de la jambe et l'élévation du pied étaient possibles dans tous les cas, sauf 3. La flexion du genou nulle 2 fois, très limitée 10 fois, atteignant l'angle droit 8 fois, aisée 5 fois ; enfin une fois seulement elle était complète. L'atrophie et la faiblesse des membres sont presque constantes. *Adams* constate également par l'examen des pièces exposées dans les musées de Londres, que l'union fibreuse est la règle, l'union solide, l'exception.

Que l'on attribue l'impuissance fonctionnelle du membre à l'absence de consolidation osseuse et à l'allongement en hauteur de la rotule brisée ; à la roideur articulaire résultant de l'arthrite, de l'épanchement séro-sanguin, de l'immobilisation trop prolongée ; qu'on le rapporte à l'atrophie musculaire provenant des mêmes causes ; il est incontestable que cette impuissance s'observe très souvent après le traitement par les appareils ; il est également certain que ces troubles fonctionnels loin de diminuer avec le temps, s'aggravent souvent par l'allongement du cal fibreux, et que nombre de malades sont obligés de recourir, non pas seulement à une genouillère simple ou renforcée en avant, mais à un appareil de prothèse avec mobilité restreinte du genou. Dans ces cas, la suture osseuse est-elle autorisée ? Pour ma part je la crois parfaitement indiquée et je dis : Dans les fractures transversales de la rotule, anciennes, avec cal fibreux étendu et impuissance fonctionnelle du membre, quand l'échec des excitants musculaires a démontré que l'atrophie musculaire n'est pas la cause des troubles, quand les appareils de prothèse ne remédient qu'incomplètement aux désordres, la suture osseuse est utile et doit être conseillée.

En est-il de même pour les fractures récentes ? Faut-il avec *Lister*, *Rose*, *Adams*, *Pfiel-Schneider*, s'appuyant sur la possibilité d'une mobilisation rapide qui s'oppose à la raideur articulaire, et surtout à l'atrophie musculaire, admettre l'opération comme le traitement ordinaire de cette lésion ? Faut-il avec *Poinsot, Wahl*, réserver la suture osseuse aux cas ou la coaptation est rendue impossible par l'insuccès de l'aspiration pour vider l'épanchement

articulaire? D'après *Wahl* et *Lister*, l'obstacle au rapprochement des fragments est dû le plus souvent à l'interposition entre les surfaces, d'un caillot, de tissu cellulaire ou de lambeaux périostiques. *Rosenbach* dans cinq cas a pu constater directement la présence d'un tel obstacle et *Lister* a relevé les mêmes faits. Ces raisons ne nous paraissent pas suffisamment convaincantes pour autoriser une intervention opératoire que *Lister* lui-même considère comme devant être repoussée, si le chirurgien n'est pas sûr d'une antisepsie parfaite. On ne meurt pas d'une fracture simple de la rotule, on meurt parfois de l'arthrotomie.

Pour diminuer la gravité de l'opération, *Van Der Meulen* conseille de retarder la suture osseuse jusqu'à la fin de la première semaine, et *Wahl* la réunion superficielle jusque vers la fin de la troisième. Nous ne pouvons juger par les faits de la valeur de ces précautions. Si l'on se propose de combattre et même de prévenir l'atrophie des extenseurs, il est nécessaire d'agir aussi vite que possible et de s'occuper après 3 à 4 semaines au plus du rétablissement des fonctions. Le grand avantage de la suture osseuse c'est de permettre la mobilisation précoce de l'article, c'est de rendre la marche modérée, les tentatives prudentes de flexion, sans danger pour la consolidation osseuse. Or celle-ci comme le dit *Pfiel-Schneider* ne se fait probablement que secondairement et après quelques mois. Aussi faut-il, sauf accidents, abandonner dans les tissus, les fils de la suture profonde.

Si bonnes que paraissent ces raisons, elles ne nous semblent pas assez puissantes pour entraîner la conviction, et la suture osseuse immédiate dans les fractures transversales sous-cutanées de la rotule nous paraît devoir être réservée à certains cas particuliers, fort heureusement peu communs. Nous conclurons donc : La suture osseuse dans les fractures transversales, récentes et sous-cutanées de la rotule, avec écartement des fragments, ne doit pas être admise comme méthode générale. Elle doit être réservée aux cas où, malgré la ponction aspiratrice, la coaptation est rendue absolument impossible soit par la disposition spéciale de la fracture, soit par l'interposition entre les fragments d'un corps étranger (tissu fibreux) qu'il est impossible de déplacer sans ouverture de l'article.

Nous ajouterons en terminant que les précautions antiseptiques les plus rigoureuses doivent toujours être prises, car autrement le danger est si grand que *mieux vaudrait s'abstenir.*

Je vous propose MM : 1° d'adresser des remerciements à M. le Dr Beauregard pour son intéressante communication ; 2° de déposer son mémoire dans nos archives ; 3° de l'inscrire dans un rang ho-

norable sur la liste des candidats au titre de membre correspondant de la société de chirurgie.

Nota.—Ce rapport était achevé, lorsque nous avons eu connaissance d'un mémoire remarquable du professeur Lister sur le traitement des fractures de la rotule par la suture osseuse. S'appuyant sur 7 observations personnelles, toutes suivies d'un succès complet, l'éminent chirurgien de Londres conseille ce mode de traitement dans tous les cas où l'opérateur est assuré d'une antisepsie parfaite. Il lui paraît même mieux indiqué pour les fractures récentes, car ici les difficultés d'exécution sont bien moindres, les causes d'inflammation septique plus faciles à éviter que dans les lésions de date ancienne. Nous avons donné place à ces faits dans notre rapport, mais nous ne pouvons accepter les opinions du professeur Lister qui nous semblent dangereuses dans la pratique des chirurgiens ordinaires, et nous ne trouvons pas qu'elles doivent modifier les conclusions que nous avons données plus haut.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. Dans le remarquable rapport que vous venez d'entendre, M. Chauvel nous apporte une statistique, très intéressante sans doute, mais les conclusions qu'il en tire ne me semblent pas légitimes, parce que les faits recueillis ne sont pas comparables ; ils résultent, en effet, de la pratique de chirurgiens divers, opérant par des méthodes différentes, et faisant usage de pansements variés ; les uns utilisant les méthodes antiseptiques qui sont absolument de rigueur en pareil cas, les autres négligeant leur emploi ou prétendant seulement les employer.

Si M. Chauvel avait procédé autrement, s'il avait recherché les résultats de la pratique personnelle d'un certain nombre de chirurgiens, il aurait pu constater que, si la mortalité et les insuccès sont fréquents entre les mains de certains, ils sont tout à fait exceptionnels, au contraire, entre les mains des autres. Peut-être alors que ses critiques, au lieu de se porter sur la méthode en elle-même, se seraient portées de préférence sur les procédés.

C'est ainsi que je viens de lire une communication de Lister, à la Société médicale de Londres, dans laquelle ce chirurgien rapporte sept cas de suture de la rotule et trois cas de suture de l'olécrane sans accidents aucuns. Un des sept cas de suture rotulienne est même double, en ce sens que le malade fut opéré deux fois, parce qu'après une première consolidation, son os se fractura à nouveau pendant les manœuvres faites pour mobiliser son men-

Paris. Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau. Le gérant : G. Masson.

bre. Or, même chez ce malade, la jambe peut être fléchie à angle droit.

Ce sont là, vous le reconnaîtrez sans peine, des résultats plus encourageants que ceux auxquels M. Chauvel faisait allusion ; pour ma part, j'étais très disposé à la suture dans les fractures anciennes, et j'avoue que ma dernière lecture me rapprocherait bien des opérations immédiates. J'ai aussi mon expérience personnelle, due à une opération faite seulement pour une fracture ancienne.

Mon malade avait une fracture datant de quatre mois, l'écartement des fragments était tel que l'on pouvait introduire quatre doigts entre eux, et aucune espèce de mouvement de la jambe n'était possible, ce qui s'expliquait par l'absence totale de réunion fibreuse.

J'ouvris son genou, comme s'il s'était agi d'une résection, et je dégageai les deux fragments des fausses membranes qui les enveloppaient de toutes parts ; ce temps opératoire fut assez laborieux, mais je m'y attendais, le fait a déjà été signalé par Lister pour le cas où il s'agit de fracture ancienne. Les fragments furent ensuite rapprochés et suturés au moyen de trois fils, et l'articulation fut ensuite drainée par en haut : Lister passe un drain par le creux poplité; c'est là une manœuvre dont je me suis servi pour la résection du genou, mais que j'ai cru inutile dans le cas particulier.

Les suites opératoires furent des plus simples, les tubes à drainage ont été retirés (le 1er, le 2e jour et le 2e le 4e jour) et à l'heure actuelle le malade peut être considéré comme guéri de l'opération. Comment marchera-t-il dans l'avenir, je ne saurais encore le dire, mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'à l'heure actuelle ses deux fragments osseux sont réunis et qu'il lève bien la jambe.

Après avoir constaté la bénignité de cette opération faite, je le répète, pour un cas ancien, après la lecture des conclusions de Lister, chirurgien sage et prudent entre tous, j'avoue que j'ai une grande tendance à n'en pas rester là, et que je me demande, moi aussi, si l'ouverture immédiate du genou, suivie de la suture des deux fragments de la rotule, n'est pas le véritable traitement à appliquer aux fractures de la rotule récente. Je n'ai pas encore conclu mais je suis bien près de conclure, et par l'affirmative. Sans doute, le fait qui nous a été présenté par M. Beauregard n'est pas démonstratif, il est assez ordinaire comme résultat; mais cela ne suffit véritablement pas pour incriminer l'opération, surtout si l'on songe aux résultats médiocres que nous obtenons d'habitude par les méthodes anciennes.

En ce qui concerne le manuel opératoire, je ferai les remarques suivantes : Lister, dans un cas où le fragment inférieur n'existait pour ainsi dire pas, fut obligé de passer le fil inférieur par le tendon

rotulien ; cette manière de faire, suivie également par M. Beauregard, qui la considère comme une complication, a cependant donné d'excellents résultats entre les mains du chirurgien anglais.

Lister ne prend pas le cartilage dans sa suture, afin que celle-ci soit située en dehors de l'articulation. Cela est d'autant plus important, que le fil peut être laissé indéfiniment dans la subtance osseuse. Je l'ai compris dans le fil sans inconvénient.

M. Lister a laissé ses derniers fils et moi j'ai laissé les 3 fils dans les fragments de rotule que j'avais eu grand'peine à rapprocher.

M. Pozzi. Si M. Chauvel avait fait son rapport il y a quinze jours, j'aurais pu lui montrer un malade dans les conditions de celui de M. Championnière.

Il s'agit d'un aliéné qui s'était fracturé la rotule en tombant d'une hauteur considérable. Cet homme ayant marché après l'accident, ses deux fragments ne tenaient plus par aucun lien fibreux et s'étaient notablement écartés l'un de l'autre ; ajoutons que son agitation extrême avait rendu impossible toute espèce d'appareil contentif. Je me décidai dès lors à pratiquer la suture osseuse des fragments à l'aide de deux fils métalliques. Le malade n'eut pas un instant de fièvre après l'opération et, au bout de huit jours, la cicatrisation de la plaie était complète.

Au bout de deux mois d'immobilisation (on la prolongeait à cause de l'agitation du sujet) l'attelle plâtrée postérieure fut retirée ; le malade était guéri avec une cicatrice parfaite de sa rotule. J'ignore si elle était fibreuse ou osseuse, mais en tous les cas elle était linéaire, aussi permit-on au malade de marcher, et on commença à l'électriser afin de rendre, autant que possible, de l'énergie à son triceps, atrophié par le fait d'une immobilisation prolongée. Comme il persistait une très grande raideur articulaire, et cela, sans qu'il y ait eu le plus léger symptôme d'arthrite, on crut devoir faire exécuter des mouvements forcés à la jointure. Malheureusement, les manœuvres pratiquées dans ce but par l'interne chez ce malade d'une indocilité absolue eurent pour résultat d'amener la disjonction des fragments, et c'est pour cela que le malade est encore dans son lit à l'heure actuelle.

Au point de vue opératoire, je dois dire que j'ai passé mes fils à la limite de l'os et du cartilage, afin qu'ils ne jouent pas le rôle de corps étrangers dans l'articulation ; je les ai laissés en place, une fois la guérison obtenue. Le drainage a été fait à l'aide de deux drains latéraux placés par transfixion au niveau des deux culs-de-sac latéraux de la synoviale et pénétrant jusque dans le cul-de-sac sous-tricipital. Ils ont été retirés au bout de cinq jours.

En présence de la bénignité remarquable de la première opéra-

tion, j'avoue que je suis assez disposé à imiter la conduite de Lister et à replacer de nouvelles sutures. J'ajoute que je considère ici l'agitation extrême du malade comme une indication capitale.

M. Richelot. Pour mon compte, j'engagerais plutôt M. Pozzi à électriser le triceps de son malade, convaincu que par ce procédé, destiné à augmenter l'énergie du muscle, il obtiendrait un résultat fonctionnel des plus satisfaisants, la cicatrice de la rotule fût-elle d'une certaine longueur.

L'arthrotomie, sans doute, est une bonne opération, mais c'est une opération délicate qui n'est pas exempte d'accident, puisque, rien que dans la statistique que l'on vient de nous rappeler, elle donne trois morts et une amputation sur quarante-trois cas, aussi y a-t-il lieu de se demander si elle est bien applicable au traitement des fractures de rotule.

Pour mon compte, je crois qu'elle est rarement indiquée en pareille circonstance, et je me fonde sur ce fait que la coaptation exacte des fragments n'est pas tout dans le traitement de ces fractures, parce que ce n'est pas l'écartement des fragments qui joue le rôle principal dans l'impuissance fonctionnelle du membre. Sans doute, il est bon d'avoir un cal aussi court que possible, mais nous savons tous qu'il y a des malades qui ont un écartement énorme, et qui cependant marchent très bien, alors que d'autres malades guéris sans écartement marchent très mal.

Cela est tellement vrai, qu'il y a des chirurgiens qui ont prétendu que cette absence totale d'écartement était une condition défavorable ; un d'entre eux aurait même fracturé à nouveau une rotule, justement dans le but d'obtenir un certain degré d'écartement.

Sans aller jusque-là, nous pouvons bien dire qu'il y a autre chose que l'écartement qui gêne les fonctions d'un membre dont la rotule est fracturée, et ce quelque chose c'est l'arthrite et l'atrophie consécutive du triceps. J'ai eu, en effet, simultanément dans mon service, deux malades atteints de fracture rotulienne, guéris avec un écartement identique : l'un d'eux marcha immédiatement après qu'on lui eût enlevé son appareil, tandis que l'autre avait une impuissance absolue. Or, le premier avait conservé son triceps intact, tandis que ce muscle était complètement paralysé et atrophié chez le second.

Je ne vais pas jusqu'à prétendre que l'écartement des fragments n'ait aucune influence sur le fonctionnement des membres ; le malade de M. Championnière, par exemple, qui avait conservé son triceps, et qui cependant ne pouvait marcher, est la preuve du contraire, mais ce que je prétends, c'est que les cas de ce genre sont des plus rares, tandis que l'atrophie du triceps est extrêmement fréquente.

Au point de vue pratique, ces diverses considérations me semblent démontrer que le chirurgien devra d'abord s'occuper du triceps, qu'il traitera par l'électricité ou autrement, de façon à lui rendre son énergie ; ce ne sera qu'après avoir constaté que le triceps fonctionne régulièrement et que cependant le malade ne peut marcher, qu'il pourra se poser la question de savoir s'il y a lieu d'utiliser la suture osseuse.

M. Gillette. Je m'associe complètement aux conclusions de M. Chauvel, je serai même plus radical que lui : je trouve cette opération mauvaise, et même blâmable. Lorsque Malgaigne imagina ses griffes, presque tout le monde lui jeta la pierre : que ne doit-on pas dire aujourd'hui, en présence d'une opération beaucoup plus grave ?

Je trouve que la méthode de pansement de Lister est une excellente méthode, et je la mets en usage, mais je crois que c'est une faute que de s'autoriser des avantages qu'elle présente pour pratiquer des opérations véritablement phénoménales, telles que résection d'une grande étendue de la paroi thoracique, résection de la colonne vertébrale, etc., dont nous lisons chaque jour les relations.

En ce qui concerne la fracture rotulienne, je pense que l'on ne doit recourir à une opération grave que dans les cas suivants : Lorsqu'il y a une fracture compliquée de plaie, parce qu'alors l'intervention opératoire n'aggrave pas beaucoup le traumatisme ; lorsque la fracture déjà ancienne est accompagnée de troubles fonctionnels graves, et que ces troubles sont manifestement liés, soit à une absence de consolidation, soit à un écartement extrêmement exagéré des fragments. Nous ne devons pas oublier, en effet, ainsi que le faisait remarquer M. Richelot, que la consolidation osseuse n'est pas une aussi bonne chose qu'on semble le croire ; bien souvent il est préférable d'avoir un léger écartement des fragments. En tous les cas, les écartements considérables ne sont pas toujours une cause de gêne fonctionnelle. J'ai vu des malades chez lesquels le cal avait quatre ou cinq travers de doigt et qui marchaient parfaitement, alors que d'autres, où la réunion semblait parfaite, marchaient très mal.

Je repousse donc la suture osseuse d'emblée, et je la réserve pour certains cas spéciaux de fracture ancienne ; je me contente de vider l'articulation du sang qu'elle contient, au moyen de la ponction aspiratrice, et j'immobilise ensuite le membre, en rapprochant les fragments autant que cela m'est possible.

M. Verneuil. Si je me faisais une fracture de la rotule, simple et sans plaie, je déclare que je me refuserais énergiquement à ce que l'on m'ouvre le genou pour aller suturer les fragments. Or, comme

je pense que nous devons faire aux autres ce que nous voudrions qu'on nous fît, c'est vous dire assez que je suis absolument opposé à ce genre d'opération, qui donne lieu à une si forte proportion d'accidents mortels.

Je connais l'habileté de Lister et je ne suis pas étonné qu'il ait un grand nombre de succès, mais c'est déjà une critique bien grande que de dire, d'une opération, qu'il est nécessaire, pour qu'elle donne tous les résultats que l'on est en droit d'en attendre, qu'elle soit faite dans des conditions toutes spéciales d'habileté et de minuties. Il ne faut pas oublier que le jour où la suture osseuse sera considérée comme une méthode de choix pour le traitement des fractures de rotule, il se trouvera un grand nombre d'esprits ignorants et aventureux qui fendront constamment le genou de leurs malades atteints de cette lésion, et qui bientôt, sans doute, viendront nous proposer la suture des deux fragments du fémur dans la fracture du col fémoral. Or, c'est là un résultat déplorable, aussi est-il de notre devoir de nous élever contre de semblables exagérations.

D'ailleurs, on nous a fait des fractures de rotule un tableau qui n'est pas exact : c'est tout à fait exceptionnellement qu'elles empêchent les malades de marcher, et lorsque cet inconvénient existe, presque toujours, ainsi que l'a si bien dit M. Richelot, c'est l'inertie du triceps qui en est la cause. M. Petit a préparé justement, sur ce sujet, un mémoire dans lequel il démontre, avec documents à l'appui, que sept fois sur huit les choses se passent de la sorte. Pour n'en citer qu'un exemple, je rappellerai l'histoire d'un malade atteint de fracture de rotule, avec un écartement de trois travers de doigt, et chez lequel la marche était impossible. On électrisa son triceps, et au bout d'un certain temps, la marche devint facile, alors cependant que l'écartement n'avait pas du tout diminué.

Cet écartement, d'ailleurs, est bien moindre aujourd'hui qu'à l'époque où Lecoin écrivait sa thèse sur les résultats éloignés des fractures de rotule ; grâce aux appareils plâtrés, auxquels on adapte des agrafes destinées à opérer des tractions élastiques sur les fragments, on obtient à l'heure actuelle des résultats très satisfaisants, et l'on n'a pas 3 décès et une amputation sur 43 cas observés.

Je proteste donc contre cette intervention à outrance lorsqu'il s'agit de fractures sans plaies, et c'est tout au plus si je comprends la suture osseuse en cas de plaie. Je ne puis oublier, en effet, que j'ai radicalement guéri un homme dans ces conditions, en le mettant tout simplement dans une gouttière, et en rapprochant avec du collodion les lèvres de la solution de continuité.

La discussion qui vient de s'élever m'a frappé à un autre point de vue ; il s'agit de ces malades auxquels on a mobilisé le genou, aus-

sitôt après leur sortie de la gouttière, et auxquels, parfois, on a fracturé l'os à nouveau. Mais laissez donc ces articulations tranquilles; n'y touchez pas et vous serez bien plus sûrs de voir les mouvements revenir tout seuls au bout de six à huit mois.

M. Forget. Je partage complètement cette manière de voir. Ce n'est pas la première fois que nous nous trouvons en présence de cet abus des graves opérations; il y a quarante ans de cela, nous avons été obligé de faire les protestations que vient de faire M. Verneuil et, comme lui, nous avons dû nous élever contre l'emploi des moyens violents, alors que les moyens simples réussissent si bien. Nous avons eu le plaisir de voir nos contemporains revenir à de plus saines doctrines, et je ne doute pas que la même satisfaction soit réservée à M. Verneuil.

En ce qui concerne la gêne fonctionnelle, consécutive aux fractures de rotule, je crois aussi à l'utilité de l'emploi de l'électricité, proposée depuis longtemps déjà par Martin.

M. Chauvel. Je crois que M. Championnière est allé un peu trop loin dans ses affirmations au sujet de la bénignité des sutures de la rotule; je me rapproche de l'avis de M. Richelot lorsqu'il dit que l'on doit songer avant tout à l'impotence fonctionnelle du triceps, mais je pense qu'il ne faut pas négliger pour cela la coaptation des fragments, et, tout en rejetant en principe la suture prématurée, je ne puis blâmer de la même manière la suture tardive, alors que l'on se trouve en présence d'un écartement de quatre à cinq travers de doigt.

Les conclusions du rapport de M. Chauvel sont mises aux voix et adoptées.

La séance est levée à 5 heures 45 minutes.

Le Secrétaire,

Ch. Perier.

Séance du 14 novembre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine.*
2° Observation de *Croup. — Trachéotomie. Guérison*, par M. le Dr THEVENET de Limoges. (Rapporteur M. Nicaise.)
3° Observation de *Kyste hydatique de la région parotidienne*, par M. le Dr VIEUSSE, d'Oran. (Rapporteur M. Chauvel.)

A l'occasion du procès-verbal.

M. LARGER. Le malade que j'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie est une preuve vivante et manifeste de la justesse des objections qui ont été faites dans la dernière séance à l'endroit des propositions de MM. Lister et Lucas-Championière. Voici son observation :

M. D... 73 ans, ancien charcutier; santé robuste, sans antécédents pathologiques, scrofuleux ou arthritiques; nulle fracture de rotule chez ses ascendants ou ses collatéraux. M. D... a été 4 fois victime de cet accident, à savoir :

1° en 1846, fracture transversale et médiane de la rotule *droite*, traitée par l'appareil de Boyer.

2° Le malade guéri reprend ses occupations; 4 mois après, rupture du cal. La guérison s'obtient comme la première fois sans boiterie.

3° En 1860, fracture transversale et médiane de la rotule *gauche*, traitée et guérie par l'appareil de Boyer. M. D... a repris son métier de charcutier, sans boiter davantage.

4° Enfin en 1862, dernière fracture de la rotule gauche. Le siège de la fracture est toujours transversal, mais est situé plus bas que la fois précédente, non loin du sommet de la rotule. A la suite, gonflement persistant du genou; le médecin qui le soigne pratique la ponction de

l'articulation, ponction qui donne issue à un liquide séro-sanguin, d'après le dire du malade.

État actuel : 1° Anatomique. — La rotule droite est divisée en 2 parties sensiblement égales par un cal fibreux d'environ 4 centimètres. (fract. de 1846). L'aspect du genou gauche est celui-ci : la peau forme un creux profond au niveau habituel de la rotule et dessine très nettement toutes les surfaces articulaires des condyles du fémur; la rotule n'est plus en contact avec ces surfaces condyliennes : elle est reportée en haut sur la diaphyse. Un cal fibreux d'environ 1 centimètre 1/2 (fract. de 1860) joint l'un à l'autre deux fragments rectangulaires. Un troisième fragment, très petit, triangulaire, formé par le sommet de la rotule est resté attaché, au niveau de la tête du tibia, au ligament rotulien (fract. de 1862).

Ce troisième fragment est absolument distinct des deux autres et n'a aucun lien avec eux ce que l'on constate par le toucher d'abord, et puis en faisant contracter au malade son droit antérieur : la rotule remonte sur la cuisse presque vers l'union du tiers moyen avec le tiers inférieur. Enfin, les articulations des deux genoux sont absolument saines.

2° *Fonctionnel.* — Malgré ses quatre fractures M. D... a pu continuer l'exercice de sa profession de charcutier. Aujourd'hui M. D... qui est retiré des affaires, marche aisément sur une surface horizontale, au besoin sans canne, sans boîter, en traînant légèrement la jambe gauche. Il monte les escaliers sans effort et plus lestement qu'aucun vieillard de son âge : il n'éprouve quelque difficulté qu'à la descente où il est obligé de raidir sa jambe. Il va et vient sans se fatiguer, fait tous les jours sa partie de boules et se promène parfois à plus de 10 kilomètres. Jadis il tombait de loin en loin en arrière, pendant la marche, mais il y a longtemps que cet accident ne lui est plus arrivé depuis qu'il prend la précaution de se munir d'une canne. Quand on fait exécuter au malade les mouvements des membres inférieurs, voici ce qu'on remarque : à droite, l'extension de la jambe sur la cuisse est parfaite (malgré les 4 cent. du cal fibreux); à gauche, cette extension est sans doute très réduite, mais n'en existe pas moins à un certain degré, quoique la rotule soit entièrement détachée du tibia. Duchenne (de Boulogne) (*Phys. des mouvements* 1867, p. 384) a observé le même fait dans un cas presque analogue à celui-ci et explique que le mouvement d'extension de la jambe se produit par les terminaisons fibreuses du vaste interne et du vaste externe aux bords supérieurs et latéraux du tibia. Comme chez le malade de Duchenne, on sent ces brides fibreuses latérales, dans les mouvements d'extension de la jambe. Disons pour terminer que tous les muscles des membres inférieurs sont normaux ; le triceps fémoral gauche a seul subi une légère diminution.

La conclusion qui se dégage tout naturellement de ce fait est celle-ci : c'est que l'impotence du membre à la suite des fractures de la rotule ne dépend que pour un très faible point du degré de rapprochement des fragments. En effet les vaste interne et vaste

externe qui président surtout à l'extension de la jambe ne sont gênés que d'une manière, le plus souvent négligeable, dans leur action. Quant au droit antérieur, sa perte même complète est à peine sensible, si toutefois elle l'est. L'un des malades que j'ai présentés à la Société, en 1881, et qui était atteint de rupture totale du droit antérieur avec pseudo-hernie musculaire, n'avait prêté aucune attention à cette lésion tellement elle gênait peu sa marche.

La vraie raison de l'impotence fonctionnelle du membre, c'est l'*arthrite* et l'*atrophie musculaire* qui en est le complément habituel, fatal, — on peut même dire, qui en est le *synonime* — atrophie qui porte principalement sur les extenseurs (ainsi que le constatent Le Fort et Valtat) comme d'ailleurs toutes les atrophies musculaires des membres. — Pourquoi, chez M. D..., les quatre fractures de rotule ont-elles laissé si peu d'impotence fonctionnelle à leur suite? — C'est parce que les articulations et les muscles sont demeurés intacts.

J'observe parallèlement un autre malade qui se fractura la rotule il y a 3 ans. Comme il était arthritique et atteint d'arthrite sèche, j'émis de suite un pronostic défavorable. Et en effet, malgré la guérison de la fracture avec un cal à peine sensible, le malade ne peut marcher convenablement que depuis un an; aujourd'hui il boite fortement encore, son genou craque toujours et son biceps fémoral, cela va de soi, est toujours atrophié.

M. Léon Le Fort. J'ai le regret de ne pouvoir assister aussi souvent que je le voudrais aux séances de la Société de chirurgie, mais j'ai tenu à venir aujourd'hui joindre ma protestation à celle de M. Verneuil et de quelques autres de nos collègues.

J'ai lu avec un véritable chagrin le compte rendu de la dernière séance. Ce qui a, jusqu'à présent caractérisé la chirurgie française telle que l'ont faite nos maîtres, telle que nous cherchons à la continuer, c'est la sagesse en thérapeutique, c'est surtout le profond respect de la vie humaine. Ces qualités ont souvent manqué, elles manquent plus encore aujourd'hui qu'autrefois à la plupart des chirurgies étrangères. Ce serait oublier toutes ces traditions, ce serait se jouer de la vie de ses malades que de présenter comme un traitement en quelque sorte régulier des fractures de la rotule, l'ouverture de l'articulation, la suture des fragments rotuliens.

Quel chirurgien oserait proposer de traiter les fractures simples des membres par la suture osseuse? Qui oserait conseiller de transformer ainsi une fracture simple en fracture compliquée? Ce qu'on ne voudrait pas faire pour le fémur, le tibia, l'humérus sur lesquels on peut arriver en ne traversant que la peau et quelques

muscles, on ne craint pas de le faire pour la rotule alors que pour la découvrir, on ouvre une des plus grandes articulations.

On peut à la rigueur comprendre que dans un cas tout à fait exceptionnel, dans une fracture ancienne guérie avec un grand écartement des fragments, avec impossibilité de la marche, un chirurgien puisse songer à cette suture. Le *British medical Journal* dans son numéro du 3 novembre dernier publie un discours de M. Lister à ce sujet. On peut, pour les premières observations de suture de l'olécrâne, plaider les circonstances atténuantes puisqu'il s'agissait de fractures anciennes non consolidées. Pour apprécier cette question il faut envisager à part les fractures anciennes et les fractures récentes.

On semble croire qu'un grand écartement des fragments rend la marche difficile et même impossible. C'est une profonde erreur. Certes il est difficile de voir un plus haut degré d'écartement que chez le malade que nous présente M. Larger, et cependant cet homme marche facilement. J'ai vu il y a vingt ans, lorsque j'étais au bureau central, un malade plus extraordinaire encore. Il avait été traité à l'Hôtel-Dieu par Jobert, le fragment supérieur de la rotule était remonté presque jusqu'au tiers moyen de la cuisse, et cet homme marchait et même courait si facilement qu'il était essayeur de chevaux au marché aux chevaux, c'est-à-dire qu'il courait en tenant par la bride les chevaux qu'on fait trotter devant les acheteurs, et vous savez combien cet exercice exige de force de la part de l'essayeur. Or, le seul appareil porté par cet homme était une simple genouillère élastique.

Le plus souvent, comme l'ont dit quelques-uns de nos collègues dans la dernière séance, la difficulté pour la marche tient à la parésie et à l'atrophie des muscles antérieurs de la cuisse, accident qui, ainsi que je l'ai montré le premier, il y a quelques années, suit fréquemment les arthrites. Quand cet accident que l'électrisation galvanique et faradique peut combattre et guérir est trop ancien et résiste à la thérapeutique, l'appareil si ingénieux imaginé par l'abbé Neel, aumônier de la marine, y remédie avec succès. Je ne prévois donc pas un seul cas dans lequel un chirurgien puisse être logiquement amené à faire la suture des fragments rotuliens, pour une fracture non consolidée ou consolidée avec un cal fibreux fort long, et encore moins dans les cas de paralysie du triceps, puisqu'il est évident que dans ce dernier cas le rapprochement des fragments ne ferait rien contre la paralysie.

Reste la suture osseuse appliquée aux cas récents. Ici je ne comprends plus la discussion et l'hésitation. Une fracture de la rotule ne met pas en péril les jours du malade, un chirurgien n'a pas le droit de les compromettre par un traitement indéfendable.

M. Chauvel nous donne dans son rapport le relevé de 43 observations, dans lesquelles cette déplorable opération a donné comme résultat une amputation de cuisse et trois morts. Ici, Messieurs, on ne peut pas dire que le malade a succombé à l'opération, c'est l'opérateur, c'est le chirurgien qui a tué les malades.

On parle de la guérison de ces fractures par cal osseux et on les regarde comme fréquentes par la suture. Mais où sont les preuves de cette réunion osseuse. Ne savons-nous pas que les exemples en sont excessivement rares et que les fractures transversales de la rotule, même lorsqu'on ne constate aucun écartement, ne sont cependant réunies que par un cal fibreux. D'ailleurs un cal osseux est inutile; il suffit que les fragments soient réunis au contact ou à une très faible distance par un cal fibreux très court. Pour obtenir ce résultat il n'est pas besoin de la suture. Le rapprochement des fragments par l'appareil en gutta-percha imaginé par M. Trélat et que j'ai simplifié en substituant les agrafes à la griffe suffit à presque tous les cas. Dans les fractures rebelles au rapprochement des fragments, n'avons-nous pas dans la griffe de Malgaigne un moyen puissant de rapprochement. Mais ces cas sont si rares que depuis mon internat à l'Hôtel-Dieu, en 1856, je n'ai jamais eu l'occasion sérieuse de l'appliquer et j'ai toujours pu m'abstenir de ce moyen qui n'est pas sans quelques dangers. Mais que dire de ces dangers à côté de ceux que fait courir au malade l'ouverture de l'articulation du genou.

On parle aussi de la ponction du genou comme moyen d'évacuer le sang épanché, mais ne savons-nous pas par expérience que ce sang, mélangé à la synovie qui distend l'articulation ne tarde pas à se résorber et ne gêne que pendant quelques jours le rapprochement des fragments. Il semble vraiment qu'on ait oublié volontairement tout ce que nous savons de la marche et du traitement des fractures de la rotule.

En agrandissant le champ opératoire, la chirurgie moderne a réalisé de grands progrès, car elle obtient par des opérations qui jadis eussent paru téméraires ou impraticables, des guérisons jugées jadis impossibles. Mais, ne l'oublions pas, il faut que la grandeur du péril amené par l'opération, soit en rapport avec la grandeur du péril qu'entraîne la maladie. Il faut aussi que ce danger soit compensé par l'importance et la durée du profit résultant de l'opération. Mettre en danger la vie d'un malade atteint d'une fracture de rotule, alors que la maladie ne lui en fait courir aucun, alors que le traitement qui peut être meurtrier ne donnera pas un résultat meilleur, que ceux qu'on obtient sans aucun péril par tant d'autres moyens, c'est manquer aux premiers devoirs du chirurgien ; c'est pourquoi je proteste énergiquement contre l'abomi-

nable pratique de la suture osseuse dans les fractures récentes de la rotule.

M. Richelot. J'ai vu un cas analogue à celui de M. Larger Il s'agissait d'une dame atteinte d'une double fracture de la rotule consolidée, avec 12 centimètres d'écartement entre les fragments. Cette dame marchait très bien dans la rue, mais elle montait un peu difficilement les escaliers ; c'est même pour cette cause qu'elle s'est fracturé la jambe et que j'ai été appelé à la voir.

Ce cas vient, après bien d'autres, nous confirmer dans l'opinion qu'il est inexact de croire que les individus atteints de fracture de rotule marchent d'autant plus mal qu'il y a plus d'écartement entre les fragments. Nous ne devons pas oublier, en effet, que la fracture de rotule ne modifie pas la totalité des insertions du triceps ; ces modifications ne portent que sur le droit antérieur ; quant aux autres portions du muscle, comme elles restent en continuité avec le fragment inférieur et avec les liens fibreux qui entourent la rotule, elles suffisent à assurer les fonctions du membre, à la condition, bien entendu, que le muscle ne soit pas atrophié.

J'ai donc le droit de dire qu'il y a, dans le fait de l'intégrité du triceps, un élément important dont il y a lieu de tenir compte avant tout, même en admettant que cet élément ne soit pas le seul. Or, comme l'opération n'a aucune influence sur le triceps, elle ne sert à rien lorsque ce muscle est atrophié ; et il m'est permis de supposer, en ce qui concerne les six observations de Lister, que tous ceux de ses malades qui ont marché avaient leur triceps, tandis que ce muscle était atrophié chez ceux qui n'ont pas marché.

Si cependant, dans certains cas rares, on constatait une intégrité du triceps coïncidant avec l'impotence fonctionnelle, alors, on devrait admettre la rupture, non seulement de la rotule, mais encore des tissus fibreux qui l'entourent, et l'on serait autorisé à intervenir.

M. Després. La protestation de M. Le Fort me dispense d'en faire un plus violente, mais je tiens à dire que je partage complètement son avis. Faire la suture osseuse des deux fragments de la rotule, alors que la fracture est récente et sous-cutanée, c'est s'exposer à commettre un meurtre.

J'ai vu quinze à vingt fractures de rotule et je n'ai jamais vu de malades dans des conditions telles que la vie fut devenue insupportable.

J'ai même vu une malade qui s'était plusieurs fois fracturé les deux rotules, de telle sorte qu'elle avait trois fragments à droite et quatre à gauche ; l'écartement était de 15 centimètres d'un côté,

de 20 centimètres de l'autre, et cependant la malade marchait librement.

Quand on a vu un certain nombre de cas de ce genre, on ne peut s'empêcher de penser que Lecoin, dans son travail sur la question, a sensiblement exagéré les conséquences fâcheuses des fractures de la rotule. Cela peut s'expliquer, du reste, par ce fait, que Lecoin a examiné ses malades à la maison de convalescence de Vincennes, à une époque encore trop rapprochée de la guérison des malades. Nul doute que par la suite les résultats obtenus ne se soient améliorés ne fût-ce que par le fait du raccourcissement du cal fibreux, ainsi que j'ai eu l'occasion d'en observer des exemples.

Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, les moyens simples, l'élévation du membre, les moules en gutta-percha de M. Trélat, etc., sont suffisants ; ils m'ont permis d'obtenir une consolidation osseuse, chez un malade atteint, il est vrai, d'une ancienne arthrite, avec adhérence. Au besoin, si la rupture était très large et la gêne considérable, on aurait recours à un appareil prothétique, mais cela est exceptionnel et aucun de mes malades n'en a eu besoin.

M. Labbé. Je suis de l'avis de MM. Verneuil et Le Fort, quand ils proscrivent comme trop dangereuse la suture osseuse dans les fractures de rotule, parce que les résultats obtenus par les moyens ordinaires sont généralement satisfaisants. Ils le seront d'autant plus, que l'on aura mis en usage un moyen qui est excellent comme adjuvant, dans le cas d'énorme épanchement sanguin articulaire. Je veux parler de l'évacuation du sang, à une époque aussi rapprochée que possible de l'accident.

Ce moyen qui est bien loin de présenter les dangers de l'arthrotomie, a fait l'objet de la thèse d'un de mes élèves, Troncin, et il a été discuté devant la Société en 1872, à la suite d'un cas malheureux de Dubrueil. A cette époque, on l'a généralement repoussé, mais je crois qu'aujourd'hui il n'en serait plus de même, en ce qui concerne la plupart d'entre nous, tout au moins.

C'est, en effet, un excellent procédé ; si on enlève sans difficultés 80 à 100 grammes, les fragments se rapprochent immédiatement avec la plus grande facilité et il n'est pas nécessaire qu'il s'écoule pour cela quinze à vingt jours comme dans les cas ordinaires.

Lorsque le sang est liquide, son évacuation se fait à l'aide d'un trocart ; s'il est coagulé, le mieux est, ainsi que je l'ai fait souvent, d'imiter la conduite de Jarjavay qui ponctionnait l'articulation avec une lancette et, par de douces pressions, en faisait sortir le sang sous forme de raisiné.

M. Verneuil nous a rappelé le cas d'un malade atteint de fracture avec plaie qu'il guérit à l'aide d'un pansement occlusif immédiat,

suivi de l'immobilisation du membre. En 1877, j'ai observé un cas de ce genre avec M. Segond. La plaie qui avait 7 à 8 centimètres était transversale ; on la réunit au moyen de la baudruche collodionnée, on immobilisa, et le malade guérit sans accidents.

L'influence de l'état du triceps sur le fonctionnement ultérieur du membre est incontestable. J'ai vu, dans le service de Malgaigne, un malade chez lequel la rotule remontait jusqu'au milieu de la cuisse et qui marchait cependant sans trop de gêne, grâce à l'énergie considérable de son triceps, et aussi à l'intégrité des tissus aponévrotiques entourant la rotule.

En ce qui concerne les auteurs qui ont pratiqué la suture osseuse, je ne veux pas les blâmer parce que j'estime qu'ils ont cru pouvoir le faire en toute conscience, mais je ne puis m'empêcher d'être frappé comme tous mes collègues, de cette mortalité de trois morts sur quarante-trois cas, et je déclare que, pour mon compte, je ne consentirai jamais à faire courir un tel risque à un malade, alors qu'il s'agit d'une lésion qui, en tout état de cause, est parfaitement compatible avec la vie.

M. Lucas-Championnière. A la dernière séance, quelques-uns de nos collègues ont cru devoir m'accabler pour une simple affirmation dubitative, cependant bien anodine. Je me suis borné à déclarer, en effet, que l'ouverture de l'articulation du genou et la suture osseuse de la rotule, dans les cas de fracture ancienne mal consolidée de cet os, était une bonne opération. Cette opération, je l'ai faite, et les suites en ont été tellement simples, qu'il y aurait peut-être là de quoi modifier, un jour, notre opinion au sujet du meilleur mode de traitement des fractures récentes de rotule. Cela est d'autant plus probable, ai-je ajouté, que Lister vient de faire, avec un succès complet, sept opérations analogues.

J'ai dit aussi qu'il ne convenait pas d'envisager en bloc les résultats obtenus par tous les chirurgiens qui ont suturé la rotule, parce que, comme ils n'avaient pas tous employé les mêmes modes opératoires, leurs statistiques n'étaient pas comparables. C'est ainsi, par exemple, que la proportion de 10 insuccès sur 100 n'est pas applicable à la statistique de Lister, qui donne 100 0/0 de succès.

Je pourrais ajouter aujourd'hui que, si je m'en rapporte aux précédents, les protestations actuelles ne sont peut-être pas sans appel, puisque les objections faites aujourd'hui à l'arthrotomie ne sont autres que celles adressées jadis à la ponction dont parlait tout à l'heure M. Labbé, et qui, à l'heure actuelle, est adoptée par la plupart d'entre nous.

M. Després. Il ne faudrait pas prendre vos désirs pour des réalités.

MM. Gillette, Nicaise et d'autres membres de la Société affirment qu'ils partagent l'opinion de M. Labbé, relativement aux ponctions articulaires.

M. Lucas-Championnière. On est venu nous dire que les résultats obtenus à l'aide des appareils sont excellents, et on est venu nous apporter un certain nombre d'observations à l'appui de cette affirmation. Je ne nie pas la valeur de ces observations, mais je déclare qu'il serait facile d'en produire d'absolument contradictoires. J'ai vu nombre de résultats médiocres obtenus par les appareils, et d'autres en ont vu comme moi.

Sans doute, l'atrophie musculaire joue un rôle important, comme cause d'impotence, à la suite des fractures de rotule, mais ce serait une erreur de croire que cette atrophie est tout : l'écartement des fragments a bien, lui aussi, son importance. Le malade de M. Larger marche assez bien, je le reconnais, mais il ne lève pas le pied, et je suis certain que s'il était obligé d'exercer une profession pénible, cela lui serait très difficile. Il serait en particulier incapable de porter un fardeau comme tous les infirmes du même genre.

M. Larger. Il est charcutier.

M. Lucas-Championnière. Oui, mais patron ; il ne porte pas. Dans d'autres conditions sociales, il eût peut-être été très gêné.

Ce qui prouve encore la réalité des inconvénients qui accompagnent les fractures de rotule, c'est la multiplicité des appareils imaginés pour y remédier. Certainement, l'appareil de Neel est ingénieux, mais je déclare que, si j'étais obligé de m'en servir, je n'hésiterais pas à me faire ouvrir le genou, et à me faire suturer la rotule. Il est vrai que je ne me laisserais pas opérer par tout le monde, et que je choisirais Lister ou tout autre chirurgien ayant son habileté, et surtout ses convictions sur la chirurgie antiseptique. Il ne faut pas nous dissimuler, en effet, qu'il y a un cerrain nombre d'opérations qui ne sont permises que dans des conditions spéciales de milieu, de pansement et aussi d'habileté personnelle, en dehors desquelles on s'expose à commettre un véritable assassinat.

Est-ce une raison pour repousser ces opérations, et ne devons-nous admettre que la chirurgie qui peut être faite par le premier venu avec un simple bistouri ? Je ne le crois pas. Je vais même plus loin, car j'estime que défendre une pareille thèse, serait du

même coup repousser tous les progrès de la chirurgie moderne et rabaisser le rôle de la Société de chirurgie.

M. Després. Je désire revenir sur la question des ponctions du genou, dans le cas d'hémarthrose. Que MM. Labbé, Gillette, Nicaise, et peut-être quelques autres, acceptent aujourd'hui cette opération, la chose est possible, mais elle n'est certainement pas admise par la majorité d'entre nous, qui s'en tiennent encore à la décision prise sur ce sujet, en 1871, par notre Société.

A quoi serviraient d'ailleurs ces ponctions évacuatrices, alors que, par les moyens les plus inoffensifs, l'épanchement articulaire est réduit à son minimum en vingt-quatre heures ?

M. Trélat. Plusieurs de nos collègues ont rapporté l'histoire de malades qui se sont fracturé successivement leurs deux rotules. Je rappellerai que ces fractures ne résultent pas de ce que le malade, qui s'est fracturé une première fois la rotule, marche mal; elles sont bien plutôt la conséquence de la constitution de l'individu, dont le système musculaire a une énergie supérieure à la résistance de ses os.

Je répondrai à M. Després qu'à l'heure actuelle, moi aussi je ponctionne les articulations qui sont pleines de sang, et cependant, dans la discussion de 1871, à propos de la communication de M. Dubrueil, j'ai pris la parole pour combattre cette pratique, déclarant que je préférerais une large ouverture de l'articulation. Mon changement d'opinion est la conséquence de l'introduction des méthodes antiseptiques.

A cette époque, les ponctions des épanchements articulaires, comme celles des épanchements péri-utérins, des bosses sanguines, étaient septiques; aussi s'accompagnaient-elles de fièvre, de suppurations profondes, de rétention de produits putrides, etc., tandis qu'à l'heure actuelle, comme la pénétration des instruments dans de semblables foyers n'est plus septique, ces dangers ont disparu, et c'est ainsi que j'ai pu ponctionner vingt-cinq à trente genoux sans inconvénients.

Cette pratique, aujourd'hui presque générale, nous a appris que la plupart des épanchements traumatiques du genou, que l'on rangeait dans la catégorie des hydarthroses, sont des hémo-hydarthroses; elle nous a appris aussi que ces épanchements, que l'on croyait très abondants, le sont beaucoup moins qu'on ne le suppose, si on s'en rapporte exclusivement au volume du genou.

Le genou contient habituellement de 30 à 80 grammes de liquide séro-sanguinolent; pour qu'il en contienne 100 grammes, il faut

que le traumatisme porte sur un genou déjà distendu par une vieille hydarthrose.

Comme cet épanchement du genou est un obstacle considérable au rapprochement des fragments, dans la fracture de la rotule, je n'hésite pas à l'évacuer avant de me servir des appareils relativement simples auxquels il a été fait allusion dans le cours de cette séance.

En ce qui concerne l'influence de l'intégrité du triceps sur les fonctions ultérieures du membre dont la rotule a été fracturée, c'est là une question déjà ancienne ; je me souviens parfaitement de Chassaignac nous montrant un malade analogue à celui de M. Larger, et nous faisant remarquer le développement considérable du triceps, principalement sur les deux côtés du cal, au niveau des attaches ligamenteuses latérales de la rotule. Chassaignac exprimait ce fait en disant que le tissu cicatriciel se muscularisait.

Malheureusement, ce résultat heureux est absolument impossible à prévoir au moment de l'accident, et ceci m'amène à vous indiquer la principale des raisons pour lesquelles je rejette la suture osseuse prématurée.

Comment, en effet, peut-on se croire autorisé à faire une opération qui compromet gravement l'existence, alors que l'affection à laquelle elle est destinée à remédier est sans danger pour la vie, et que ses conséquences, presque toujours favorables au point de vue fonctionnel, sont dans tous les cas absolument incertaines ?

Dans de semblables conditions, je ne sais vraiment pas comment on pourrait faire pour trouver une indication à l'opération immédiate.

Que cette indication puisse se rencontrer un jour, que les circonstances dans lesquelles s'est trouvé Lister, que l'aliénation mentale du malade de M. Pozzi aient pu fournir à un moment donné une de ces indications, la chose est possible, mais, je le répète, ce doit être tout à fait exceptionnel. Je me crois donc autorisé à dire que, dans l'immense majorité des cas, les chirurgiens qui ont suturé la rotule ont fait courir des dangers sérieux à leurs malades, et cela dans le but de porter remède à une infirmité peut-être imaginaire.

Je tiendrai un autre langage pour les cas anciens. Là, le pronostic est fixé, l'infirmité grave est facile à constater ; aussi, en présence d'un semblable malade, qui ne peut marcher, qui se soutient à peine, malgré les divers appareils dont on s'est servi à son égard, me sentirais-je assez disposé à essayer de cette suture comme dernière ressource.

Lecture.

M. PARINAUD lit une note intitulée : *Dermo-épithéliome de l'œil. Tumeur non décrite.* (Commissiaires : MM. Delens, Perier, Terrier.)

M. POULET lit une note intitulée : *Un cas de mort à la suite de l'extirpation d'une tumeur ganglionnaire tuberculeuse de la région carotidienne.* (Commissaires : MM. Championnière, Pozzi, Chauvel.)

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 21 novembre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine.*

2° Le professeur ROSE, de Leipzig, envoie :

a. Une notice sur Wilhelm Baum ;

b. Un mémoire sur l'*Extirpation des tumeurs bénignes de l'abdomen;*

c. Une Étude sur les *anesthésiques.*

3° M. GUERMONPREZ, de Lille, adresse :

a. Note sur un cas de *cysticerque du sein;*

b. Note sur le *traitement de la pseudarthrose du tibia ;*

c. *Plaies par peignes de filature.*

4° M. VERNEUIL dépose au nom de M. le Dr BOURDY, du Mans, une observation intitulée : *Kyste aréolaire multiloculaire de l'o-*

vaire. — Ovariotomie après vingt ponctions. — Guérison. (Commissaires, MM. Delens, Polaillon et Lucas-Championnière.)

5° Note sur les *fractures de la rotule*, par le Dr Henriet. (Rapporteur, M. Richelot.)

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil. Je mets sous les yeux de la Société une rotule sur laquelle on trouve des traces manifestes d'une ancienne fracture, consolidée par un cal osseux. Voici d'ailleurs l'observation du blessé :

Fracture comminutive de la rotule; application de plusieurs vésicatoires puis d'un appareil silicaté; mort de tuberculose pulmonaire 67 jours plus tard; consolidation osseuse des fragments.

(Observation recueillie dans les salles de M. Lancereaux, par M. Gilson, interne du service.)

P. N., 49 ans, fumiste, salle Piorry, n° 21, hôpital de la Pitié. Tuberculose à droite, habitudes alcooliques. Varices des membres inférieurs. Le 20 février 1883, P. tombe sur le genou dans la salle à dix heures du soir et ne peut se relever. Le veilleur le reporte dans son lit.

Le lendemain on constate une fracture transversale de la rotule avec écartement d'un centimètre seulement.

Le 22, application d'un premier vésicatoire volant sur la face antérieure du genou, le membre est placé dans une gouttière, le pied étant un peu plus élevé que le bassin, on place encore trois vésicatoires pour faire disparaître l'épanchement; le 10 mars, pose d'un appareil silicaté qui est maintenu jusqu'au 10 avril.

On ne fait plus de traitement pour la fracture. Le 27 avril, la mort survient par les progrès de la tuberculose.

A l'autopsie on reconnaît, à la présence d'un certain nombre de sillons plus nombreux à la face postérieure qu'à l'antérieure, que la rotule a été fracturée comminutivement; on reconnaît, en avant, au moins six fragments distincts; un cal osseux exclusivement interfragmentaire réunit solidement toutes les pièces de cette mosaïque osseuse.

Il n'a donc fallu ici ni suture osseuse, ni même ponction articulaire, bien que l'épanchement ait été très tenace. Une gouttière simple, puis un mois d'appareil silicaté ont suffi pour donner un des meilleurs résultats possibles.

Messieurs,

Je disais l'autre jour que nous verrions probablement quelques chirurgiens, très confiants, dans la méthode antiseptique, ouvrir la

hanche en cas de fracture du col du fémur et suturer le col et le grand trochanter pour amener la coaptation osseuse et prévenir la pseudarthrose.

En attendant que cette belle conception thérapeutique soit mise en pratique, il n'est pas inutile de noter un pas fait dans cette intéressante voie.

Si vous ouvrez le 28e volume de l'*Archiv für Chirurgie*, de Langenbeck, 2e fascicule vous lirez l'observation suivante, qui peut, je le pense, se passer de tout commentaire.

Fracture du col de l'humérus, essai de réunion des bouts osseux. Insuccès (1).

J. W., 27 ans, tombe sur l'épaule dans un escalier de cave, le 23 décembre 1881. Région de l'épaule extrêmement tuméfiée et très sensible à la pression, épanchement sanguin sous-cutané considérable. Raccourcissement de près de deux centimètres; on reconnaît dans le sommeil chloroformique une fracture du col de l'humérus avec grand déplacement. Une ponction dans l'articulation dans le but d'évacuer le sang épanché reste sans succès; alors on ouvre l'articulation et on constate que les deux fragments sont largement écartés et que la tête humérale est déviée en haut et en dehors. Les deux bouts osseux sont remis en position normale avec un fort fil de soie.

Drain, suture, pansement à l'iodoforme; membre fixé sur le coussin de Stromeyer. On ne réussit pas à obtenir un processus traumatique aseptique. Il se déclara une forte suppuration avec fièvre, intense de sorte qu'en janvier 1882, la plaie fut ouverte de nouveau pour pratiquer la résection des deux extrémités osseuses nécrosées.

Au milieu de février 1882, guérison avec usage encore très limité du membre.

Malgré ce résultat, l'auteur est tout prêt à recommencer, seulement à la prochaine occasion il remplacera le fil de soie par un fil d'argent.

Ce fait, je crois, peut se passer de commentaires.

M. Berger. La pièce qui nous est présentée par M. Verneuil est très intéressante, mais, comme il l'a fait remarquer, il s'agit ici d'une fracture comminutive, produite par cause directe, et non pas d'une fracture transversale produite par cause musculaire. Or dans les fractures par cause directe, le périoste étant généralement conservé, la tendance à l'écartement n'est jamais très prononcée, et la consolidation osseuse est bien moins exceptionnelle que dans les fractures par cause indirecte.

(1) *Archiv für klinische Chirurgie*, 1882, t. 28, 2e fascicule, p. 252.

Je me souviens d'avoir observé une fracture de rotule, produite par coup de feu, qui guérit très bien, et avec un cal osseux, autant du moins qu'il est possible d'en juger lorsqu'on n'a pas eu les pièces en main.

De pareils résultats sont bien plus rares avec la fracture transversale. Il fut un temps où cette question étant à l'ordre du jour, tous les chirurgiens recherchèrent les pièces démontrant la réalité de consolidations osseuses de la rotule; ils ne purent cependant en trouver qu'un, déposé au musée Dupuytren.

D'ailleurs, cette consolidation osseuse n'est pas absolument nécessaire pour le rétablissement des fonctions du membre; la gêne éprouvée par le malade est produite par la raideur du genou et l'impotence du triceps, aussi bien que par la largeur de l'écartement des fragments. Tout récemment, je voyais un malade chez lequel il s'était produit un cal fibreux long de quatre travers de doigt, et qui étendait la jambe d'une manière très satisfaisante, grâce à l'action de celles des fibres tricipitales qui s'inséraient sur le tibia et sur les parties latérales du fragment inférieur.

Ces diverses considérations me paraissent suffisantes pour m'engager à rejeter toute opération sanglante immédiate, en cas de fracture de rotule.

Avant de se poser la question opératoire, on doit toujours attendre un temps assez considérable pour être sûr que le rétablissement des fonctions est impossible.

M. Nicaise. Je désirais faire, au sujet de la pièce de M. Verneuil, les mêmes réserves que M. Berger.

Les fractures à plusieurs fragments n'ont généralement que peu d'écartement.

J'ajouterai même qu'en ce qui concerne le cas particulier, les traits de fracture de la face antérieure ne correspondent pas à ceux de la face postérieure, ce qui semblerait indiquer qu'il y a eu écrasement de l'os, mais non fracture complète.

Je suis d'autant plus disposé à accepter cette interprétation, que les fragments sont séparés par des sillons et non par des saillies, ainsi que cela devrait être, s'il s'agissait d'un véritable cal. Je reconnais, d'ailleurs, que nous ne pourrions être fixés à cet égard qu'en pratiquant une coupe de la pièce.

En ce qui concerne la ponction articulaire, destinée à évacuer le sang épanché, et dont il a été question à la dernière séance, je déclare que je n'ai jamais eu l'occasion de la pratiquer, mais que cependant c'est une opération que je suis loin de repousser. Je trouve même qu'elle est parfaitement logique, alors que l'abondance

de l'épanchement permet de craindre la persistance à l'intérieur de l'articulation, de caillots sanguins plus ou moins modifiés.

M. Verneuil. Les considérations que l'on vient de faire valoir ont leur valeur, et je les prévoyais; si je n'y ai pas répondu par avance, c'est qu'en vous montrant cette pièce, si rare que les musées de l'Europe entière n'en contiennent guère plus d'une demi-douzaine, je n'avais qu'un but : vous prouver que, dans un cas qui se présente très fréquemment — puisque la fracture s'était produite à la suite d'une chute sur le genou — on avait pu guérir le malade à l'aide d'une simple gouttière. Or, comme il est pour ainsi dire impossible de prévoir à l'avance l'impossibilité d'obtenir ces heureux résultats, on est d'autant moins autorisé à faire courir aux malades les risques qui sont la conséquence de l'ouverture du genou.

Je conviens qu'il serait à désirer que l'on fît une coupe de cette rotule, mais la pièce n'étant pas mienne, j'ai cru devoir attendre pour cela l'autorisation de celui à qui elle appartient.

En tous les cas, l'absence de stalactites osseuses à la surface de l'os, ne prouve rien contre l'hypothèse d'une consolidation osseuse. Tout le monde sait, en effet, que le périoste qui recouvre la face antérieure de la rotule, tout comme le cartilage qui recouvre sa face postérieure, sont tout à fait impropres à la formation de ces stalactites.

M. Pozzi. Dans une des dernières séances, j'ai parlé d'une suture osseuse que j'avais pratiquée afin d'assurer la consolidation des deux fragments d'une rotule fracturée. Comme je ne suis entré dans aucun des détails du fait, quelques-uns de nos collègues ont pu croire que j'étais partisan de ces sutures primitives. Il n'en est rien: si j'ai agi de la sorte, c'est d'une manière tout à fait exceptionnelle, et pour obéir à une indication spéciale.

Mon malade était un aliéné agité, qui ne supportait aucune espèce d'appareil, et chez lequel la contraction tumultueuse du triceps s'opposait d'une manière absolue à l'immobilisation des fragments.

Mais si je suis hostile en principe aux interventions hâtives, dans les fractures de la rotule, il en est tout autrement des interventions tardives, alors qu'il s'agit de remédier à une infirmité bien constatée, et qui rend la vie du malade impossible.

Rapports.

Rapport au nom d'une commission formée par MM. Terrier, Perier, Lucas-Championnière, sur deux mémoires : le premier intitulé : *Cinq observations d'hystérotomie*, déposé par le Dr Queirel, de Marseille ;

Le second : *Recueil de six observations avec opération d'ovariotomie, hystérotomie, laparotomie, pour tumeurs utérines et ovariques et pour grossesse extra-utérine*, par le Dr Fort, à Rio-de-Janeiro,

Par M. Championnière.

Deux mémoires m'ont été remis ; tous les deux contiennent des faits relatifs à l'hystérotomie. J'ai pensé que je pouvais faire à leur sujet un rapport commun, bien que ces deux mémoires fussent fort différents dans la forme et dans le fond.

Pourtant il y a une condition commune à étudier par laquelle je commencerai. Après ce premier examen, je vous donnerai une courte analyse individuelle des mémoires de MM. Queirel et Fort, avec les conclusions separées que chacun d'eux comporte.

Il est à l'heure actuelle une grave question dans la pratique de l'hystérotomie faite pour corps fibreux, la principale sans doute et qui me paraît digne d'attirer votre attention, le traitement du pédicule, ou pour mieux dire, de la surface traumatique laissée par l'opération.

Au début, comme on peut le voir dans les observations de MM. Péan et Kœberlé, cette surface a été constamment maintenue et traitée hors le péritoine, puis la généralisation de la pratique du pédicule intra-péritonéal dans l'ovariotomie a entraîné quelques chirurgiens à employer la même manière de faire, et l'un de nos collègues M. Terrillon vous disait, il y a peu de temps, que cette pratique était celle à laquelle se rattachait la majorité des opérateurs. Je me suis élevé contre cette affirmation parce qu'elle me paraissait en opposition avec la réalité des faits.

Il est bien certain par exemple, que ni M. Péan ni M. Kœberlé n'ont adopté comme méthode générale le traitement intra-péritonéal. Au Congrès de la *British medical Association*, l'année dernière, M. Bantock avait fait une remarquable communication sur 23 cas d'hystérotomie pour corps fibreux. Les cas où il avait employé la méthode intra-péritonéale étaient désastreux ; les autres lui donnaient des résultats presque aussi favorables que l'ovariotomie.

Au Congrès de l'Association britannique de cette année, M. Thornton a fait une communication fort intéressante d'où il

résulte que toutes les fois qu'on ouvre la cavité utérine, le pédicule extra-péritonéal est formellement indiqué. M. Spencer Wells a entièrement approuvé cette conclusion.

M. Shrœder, de Berlin, au même Congrès, a communiqué le résultat de 66 cas ayant donné 20 morts.

Il est partisan de la réduction du pédicule, mais son travail très obscur décrit mal son procédé, fort compliqué de drainage abdominal ou vaginal, et n'entraîne pas la conviction. Beaucoup de ses observations se rapportent à des cas de pédicule tout fait en quelque sorte, le corps fibreux étant rattaché à l'utérus par un pédicule.

Pour ma part, j'ai fait l'hystérotomie plusieurs fois. Lorsqu'elle complique l'ovariotomie ou l'ablation du cancer péritonéal c'est toujours une médiocre opération. Je l'ai faite 4 fois pour l'opération de Porro, avec 2 succès, et j'admets que le traitement intra-périonéal du pédicule est injustifiable pour celle-ci. Il a donné du reste dans le petit nombre des cas où il a été appliqué des résultats déplorables.

J'ai fait deux fois l'hystérotomie pour des corps fibreux, et fait les deux traitements du pédicule. Les résultats me semblent assez topiques pour mériter de vous être signalés, car ils justifieraient en partie le jugement que je vais exprimer dans mon rapport.

J'ai opéré, il y a 2 ans, le 6 décembre 1881, une femme, Faviot Marie, âgée de 42 ans, qui portait une masse énorme de fibromes ; elle avait parcouru les services de plusieurs de mes collègues sans trouver d'opérateur qui se souciât de cette besogne, et je vous avoue ne l'avoir opérée que sur ses instances répétées.

La tumeur, que j'ai fait peser vide de sang, le lendemain, et privée d'un certain nombre de morceaux perdus, pesait encore 6 kilogrammes 750 grammes, certainement plus de 7 kilogrammes en comprenant tout. Elle recevait des vaisseaux qui étaient presque du volume de la fémorale.

Après la séparation des ovaires faite de chaque côté ; après un nombre considérable de ligatures sur d'énormes vaisseaux, je suis arrivé à énucléer cette tumeur et à constituer un pédicule fort large, du reste, fixé par deux broches et deux anneaux de fil de fer.

Le pédicule comprenait une partie de la vessie qui fut éliminée, la malade traversa des accidents assez graves, mais guérit bien et sa fistule guérit spontanément. J'ai eu de ses nouvelles six mois après la cure.

Je joindrai à mon rapport cette observation dont je ne voudrais pas vous imposer la lecture ; mais j'appelle votre attention sur les conditions très difficiles de cette pédiculisation au dehors suivie

La période *pré-opératoire* a été :

Chez ma	1re	malade	de..................	14 mois.
—	2e	—	de..................	36 —
—	3e	—	de..................	14 —
—	4e	—	de..................	18 —

ce qui fait une moyenne de 20 mois entre le début du cancer et les hystérectomies vaginales que j'ai pratiquées.

La période *post-opératoire* a été :

Chez ma 1re malade de.................. 6 mois.

mais si :

Chez ma	2e	malade,	je compte............	13 mois.
—	3e	—	—	8 mois.
—	4e	—	—	7 mois 1/2

je ferai remarquer que ce ne sont là que des chiffres provisoires puisque ces malades sont encore en pleine santé, et tout fait espérer que ces chiffres grossiront. Dans tous les cas, ces trois malades sont revenues à la santé complète, ont pu reprendre leurs occupations et sont, jusqu'ici au moins, radicalement guéries.

M. Terrier. Je voudrais faire remarquer, à propos de la communication de M. Routier, que chacune de ses pièces a été examinée par M. Cornil. Je n'ai pas besoin de dire avec quel soin et avec quelle compétence. Or, je tiens de M. Cornil lui-même, qui m'a autorisé à le redire ici, que l'étude anatomique du cancer de l'utérus est pour ainsi dire encore à faire. M. Cornil n'oserait pas encore, d'après les examens qu'il a pu pratiquer, donner une description complète de l'épithélioma utérin ; de nombreux points demeurent encore obscurs et réclament de nouvelles études. Il est certain qu'il en existe des formes anatomiques diverses, ayant sans doute, chacune, leur évolution propre. C'est là, pour moi, qu'il faut chercher l'explication des différences considérables que l'on a pu constater dans les résultats fournis par l'intervention chirurgicale, quel qu'en soit le mode.

Il est, en tous cas, utile que l'on sache que le représentant de l'anatomie pathologique de la Faculté de médecine considère que l'histoire anatomique du cancer utérin doit être entièrement revisée, et qu'il ne suffit pas de l'examen superficiel d'une pièce, tel qu'il est le plus souvent pratiqué, pour juger de la nature de la lésion et de ses suites probables.

M. Verneuil. En admettant même le bien fondé de la remarque de M. Terrier, il est clair qu'elle s'applique aussi bien à l'extirpa-

viennent à l'appui des observations exposées dans une des communications suivantes.

M. Queirel pratiquant le traitement externe du pédicule a eu trois succès sur cinq cas. M. Fort a tenté le pédicule intra-péritonéal avec deux morts sur trois cas.

Pour ma part, dans mes opérations à venir je me propose de faire le traitement extra-péritonéal toutes les fois qu'il sera possible, avec cette réserve seulement que les vaisseaux aboutissants aux trompes et aux ovaires soient liés séparément, ce qui permet un pédicule plus étroit, moins riche en faisceaux nerveux et plus facile à serrer; c'est là ce que j'avais fait dans ma première observation, avec succès. Il y a pourtant des tumeurs fibreuses pédiculées dont le pédicule reste si facilement intra-péritonéal qu'elles sont en dehors de ces considérations, et d'autre part il y a certainement des cas ou mener le pédicule au dehors doit être absolument impraticable.

M. le Dr Queirel, de Marseille, nous a envoyé un mémoire très intéressant sur cinq observations d'hystérotomies pour tumeurs fibreuses. C'est un chiffre respectable déjà que celui de cinq opérations, et le chirurgien qui les a pratiquées a bien le droit de dire son opinion sur les indications et sur les méthodes opératoires.

M. Queirel a constamment employé le même procédé, la constriction d'une portion étroite au-dessous de la tumeur et la formation d'un pédicule qu'il a maintenu au dehors. Sur ses cinq opérations, M. Queirel a eu trois guérisons et deux morts, ce qui peut être considéré comme un bon résultat.

Une des opérées avait perdu beaucoup de sang, elle est morte peu après l'opération. L'autre cas malheureux est celui d'une opérée qui passa très bien les 24 premières heures, puis tout à coup montra des accidents formidables de dépression et succomba moins de 48 heures après l'opération.

Ces deux ordres de complication ne sortent pas de l'ordinaire des opérations d'hystérotomie; on peut seulement se demander si, dans l'observation 4, où les tractions furent violentes pour la formation du pédicule, il n'y eut pas eu avantage à tenter la formation d'un pédicule perdu, question délicate comme nous l'avons vu tout à l'heure.

De ses belles observations, de ses succès, M. Queirel tire des conclusions qui pour une part méritent une pleine approbation et pour une autre nous paraissent mériter un examen critique très sérieux.

C'est ainsi qu'il affirme que les indications de l'hystérotomie peuvent être tirées des troubles généraux et de la rapidité de

l'augmentation de volume de la tumeur. Ce sont en effet là des indications formelles. Il est possible, il est commun même que de volumineux fibromes ne donnent lieu a aucune hémorragie, et que pourtant ils imposent l'hystérotomie. La gêne extrême de la marche, de la circulation des membres inférieurs, du libre cours des matières intestinales justifient pleinement l'intervention. Si des pertes répétées s'ajoutent à tout cela, l'intervention est plus nécessaire encore.

M. Queirel insiste sur certains points du dagnostic, la transmission des mouvements de la tumeur au col, et l'élévation de celui-ci, faits que tout le monde admet sans peine.

Mais il nous paraît entraîné trop facilement à ses conclusions relatives à l'opportunité de l'hystérotomie qu'il rapproche trop dans ses comparaisons de l'ovariotomie, parce que celle-ci est probablement pour longtemps encore plus innocente que l'hystérotomie. Il nous semble exagérer la facilité de l'opération. Il a été heureux de rencontrer des cas dans lesquels la confection du pédicule était assez facile.

Puis, s'il est vrai que les fibromes n'ont pas, en général, des adhérences disposées comme celles des kystes de l'ovaire, il est bien vrai aussi que souvent ces tumeurs, plus ou moins volumineuses, soulèvent le péritoine, lancent des prolongements, des racines dans les interstices des viscères. Une énucléation laborieuse et dangereuse peut seule vous permettre de terminer, et quelquefois cette terminaison est impossible.

Enfin, il est impossible de comparer la nécessité de l'intervention pour kyste de l'ovaire à la nécessité d'intervention pour les fibromes. Les premiers ont une marche progressive sur laquelle on n'a guère d'action, pour lesquels il n'y a guère de chance d'arrêt spontané. Pour les seconds, l'arrêt de l'évolution peut se faire spontanément ; la ménopause vient et souvent tous les accidents disparaissent. Une grossesse survient ; elle peut laisser après elle les fibromes plus volumineux et plus dangereux, mais elle peut les faire disparaître complètement. J'en ai vu des exemples des plus remarquables.

L'action merveilleuse dans certains cas du traitement hydrominéral est évidente.

Chez les vieilles femmes, on trouve au corps de l'utérus des fibromes jusqu'à 1 sur 3. Pour beaucoup, aucun accident n'a été manifeste au cours d'une longue existence.

Aussi tandis qu'on peut dire d'un kyste de l'ovaire : enlevez-le dès que vous le connaîtrez, n'a-t-on le droit de proposer l'hystérotomie que lorsque les accidents sont menaçants.

M. Queirel rappelle dans son mémoire que j'ai attiré son atten-

tion sur le mode de la mort dans l'hystérotomie qui montre bien que la situation pour les opérées n'est pas du tout celle des ovariotomies. Je lui faisais remarquer, en effet, comme je l'ai montré plusieurs fois à propos de l'opération de Porro, à propos de l'hystérotomie compliquant l'ovariotomie, que le mode des accidents est tout à fait différent de celui des opérées d'ovariotomie. Si l'on met à part la péritonite septique que, pour ma part, je n'ai pas vue, après l'ovariotomie, le choc, l'épuisement sont presque seuls les causes de mort, et si la réaction se fait bien, on peut presque prédire à coup sûr le succès de l'ovariotomie.

Dans l'hystérotomie, au contraire, nous observons des sortes d'accidents réflexes formidables, se traduisant par l'affollement du pouls, un état syncopal, des vomissements incoercibles, une décoordination complète de la température et du pouls, la multiplication des inspirations. Ces accidents sont plus communs à une époque rapprochée de l'opération ; mais on les voit encore dans les cas où le pronostic s'était présenté dans les conditions les plus favorables, et cela le 3e ou 4e jour. J'ai vu des accidents mortels survenant le 6e jour seulement, et des accidents auxquels les malades ont survécu, survenant le 9e et le 11e jour. Ces accidents ne sont pas, sans doute, étrangers à l'ovariotomie, nous les avons même vus dans des cas rares où les ligaments larges avaient été intéressés sur une grande surface. Mais dans l'hystérotomie la plus simple, se présentant dans les meilleures conditions, ils peuvent survenir de telle sorte que nous ne connaissons pas de procédés qui permettent d'établir à l'avance le pronostic d'une hystérotomie, ce qui nous fera certainement mettre une grande réserve dans nos opérations de ce genre.

J'avais conclu, pour ma part, de ces considérations et de l'expérience acquise dans mes observations, que moins on enlève d'utérus, plus on a de chance d'éviter ces accidents, parce que le lien qui pédiculise étreint nécessairement moins de filets nerveux. M. Queirel pense, au contraire, que plus on descend vers le col, plus on a affaire à un organe pauvre en ramifications nerveuses, ce qui indique la nécessité de se rapprocher du col le plus possible. Cela ne serait exact qu'avec une manœuvre que M. Queirel ne paraît pas avoir pratiquée dans ses opérations, et que nous avons employée dans les nôtres. Elle consiste à détacher séparément les ovaires et les trompes en deux pédicules séparés.

Mais dans le procédé employé par M. Queirel, comme il enserre tout ce qui se rend à l'utérus et à la tumeur pour confectionner le pédicule, plus il descend vers le col, plus il étreint des filets nerveux arrivant sur des parties latérales de l'utérus.

Vous le voyez, j'ai discuté dans leurs détails les conclusions de

M. Queirel parce que son mémoire a trait à une question d'actualité fort controversée. Or, ce mémoire, très simple, avec cinq bonnes observations, constitue un excellent appoint dans l'étude de l'hystérectomie pour corps fibreux.

Avant de dire mes conclusions sur ce mémoire, qu'il me soit permis de rappeler à la commission des candidats au titre de correspondant, que M. Queirel nous a souvent envoyé des mémoires d'un grand intérêt, et que j'ai moi-même été déjà son rapporteur; mes conclusions sont :

1° Dépôt du mémoire aux archives;

2° Remerciements à l'auteur.

La première des opérations rapportées par M. Fort, est une opération incomplète faite par le vagin sur une femme présentant des tumeurs fibreuses, multiples, volumineuses. M. Fort a fait avec un serre-nœud une constriction sur une portion de tumeur. Il a eu malgré cela des hémorragies, puis des accidents de septicémie. Sans vouloir critiquer à distance une semblable opération, je dirai que pour ma part je ne vois que bien peu d'applications utiles du serre-nœud ou de l'écraseur aux polypes fibreux, utérins, l'énucléation avec les ciseaux m'a toujours paru le procédé le plus sûr et le moins dangereux, et si je jugeais le procédé inapplicable, je crois que l'hystérectomie abdominale d'emblée serait la véritable ressource.

Ce mémoire contient trois cas d'hystérectomie pour corps fibreux avec 2 morts.

Les deux cas de mort ne nous présentent pas grand'chose de remarquable à noter, sauf que l'auteur a employé les deux fois la méthode intra-péritonéale.

Dans le troisième, M. Fort a d'abord placé au dehors son pédicule et a cru devoir, avec la broche, laisser par surcroît les serre-nœud. La rétraction du pédicule a entraîné les fils et les instruments dans l'abdomen et ce n'est que 20 jours plus tard que la gangrène du pédicule et la suppuration ont permis de les ravoir. M. Fort propose à cette manière le nom de traitement mixte du pédicule. Il nous semble pourtant qu'il n'y a là qu'un accident bien connu, l'entraînement d'un pédicule trop court dans la profondeur de l'abdomen, accident que chacun tiendra à éviter dans la mesure du possible.

Les deux autres observations du mémoire ont trait, la première à une tumeur fibro-kystique de l'ovaire enlevée par l'ovariotomie, suivie de guérison. L'antisepsie semble y avoir été fort imparfaite, la guérison n'ayant été obtenue qu'après des accidents graves de suppuration.

La dernière malade est une négresse opérée pour une tumeur

que l'on a crue être une tumeur ovarique et qui n'était en réalité qu'un lithopédion. Un kyste dont il n'indique pas très bien la situation put être énucléé, un pédicule fut formé. Lorsque l'opération fut terminée, on s'aperçut que la tumeur contenait un fœtus qui pouvait remonter à huit années d'après le récit ultérieur de la malade.

La guérison fut rapide.

Ces observations diverses sont intéressantes, la dernière surtout par sa singularité.

Notre confrère français, M. Fort, qui exerce au Brésil, les envoie à l'appui de sa candidature ; j'ai pensé qu'elles méritaient d'être signalées à votre attention comme éléments assez intéressants dans l'histoire de l'hystérectomie et de l'ovariotomie.

Comme conclusions :

1° Je demande le dépôt des mémoires aux archives.

2° L'envoi de remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Pozzi. La question de la ligature du pédicule utérin à la suite de l'hystérotomie, me paraît aujourd'hui tranchée en faveur de la ligature extra-péritonéale. Cette méthode, en effet, est celle qui permet de se mettre le plus facilement à l'abri des hémorragies consécutives à l'opération ; c'est elle aussi qui met le plus à l'abri de la septicémie.

Reste la question du mode de ligature. A l'heure actuelle un grand nombre de chirurgiens, toujours dans le but de parer aux hémorragies consécutives, ont adopté la ligature élastique. Au fur et à mesure que les tissus serrés par le fil se tassent et s'amincissent, ce dernier, s'il est élastique, revient sur lui-même et reste suffisant : c'est le contraire qui a lieu avec les fils ordinaires non élastiques ; le nœud que l'on fait avec eux devient bientôt trop lâche, *fait bague* et les vaisseaux insuffisamment serrés fournissent du sang.

Certains auteurs, Hégar (de Fribourg), Ahlfeld (de Giessen) n'ont pas craint d'abandonner le pédicule lié d'un tube élastique, dans l'abdomen, lorsque la méthode extra-péritonéale donnait lieu à trop de tiraillement (Hégar), ou même comme méthode générale (Ahlfeld).

Enfin, je ferai une dernière remarque à propos de l'emploi du spray. Celui-ci paraît aujourd'hui abandonné par un grand nombre d'ovariotomistes, en raison du refroidissement qu'il produit dans la cavité abdominale.

M. Gillette. Autant l'ovariotomie est un bonne opération, autant l'hystérectomie en est une mauvaise; aussi n'est-elle indiquée qu'en présence de phénomènes particulièrement graves, tels qu'hémorragie et douleur, ou bien encore lorsque le volume de la tumeur est devenu excessif.

En ce qui concerne le pédicule, je crois exagérée l'opinion d'après laquelle on devrait adopter en principe la méthode extra-péritonéale. Il y a tant d'avantages à rentrer le pédicule, afin d'obtenir la réunion immédiate des parois abdominales et d'éviter le tiraillement de l'utérus, que, contrairement à mes collègues, j'estime qu'il sera bon, toutes les fois que la chose sera possible, de rentrer le pédicule, après avoir suturé les deux lèvres de la plaie utérine. Quant à la ligature élastique, je ne puis l'accepter avec le même enthousiasme que M. Pozzi, parce qu'elle coupe trop vite les tissus sur lesquels elle est appliquée.

M. Terrier. J'ai fait sept hystérectomies; six fois j'ai laissé le pédicule au dehors, et j'ai eu trois succès. Une fois, j'ai rentré le pédicule et fait la suture de la paroi: ma malade est morte d'hémorragie. C'est dire assez que je préfère la première de ces deux méthodes: toutefois, je ne rejette pas la seconde d'une manière absolue, surtout lorsque l'utérus étant enlevé dans son entier, les dangers d'hémorragie sont moins à craindre.

M. Pozzi nous dit que si l'on rentre le pédicule, la partie placée au delà de la ligature se résorbe. Cela est loin d'être la règle. Le plus souvent, cette partie contracte avec les voisines des adhérences par lesquelles elle reçoit des vaisseaux, ce qui lui permet de s'organiser.

J'emploie le spray, sans crainte de refroidir le péritoine; j'ajouterai même que cette crainte me paraît chimérique puisque, pendant l'opération, le péritoine est constamment protégé par les éponges, les linges, etc.

M. Pozzi. L'emploi du spray est beaucoup plus contesté que ne semblent le croire quelques-uns de nos collègues: Kœberlé, Bantock se sont élevés contre lui, ne l'emploient jamais; Hégar le fait loin de la malade pour maintenir l'humidité de l'atmosphère; Lawson Tait le combat vivement, Holmes également; Breisky (de Pragme) lui attribue une pneumonie des plus graves, consécutive à une opération de Porro avec spray; Howitz y a à peu près renoncé. Certes voilà des noms qui méritent d'attirer l'attention. — J'en dirai autant à propos de ceux qui ont adopté la ligature élastique pour l'hysterectomie, je citerai notamment: Czerny, Olshausen, Fischer, Hégar, Kaltenbach, Thiersh, Ahlfeld, Howitz. On discute surtout actuellement sur *sa technique* (tube, cordon plein, mode de fixation

du nœud, etc.). Mais la question est essentiellement à l'ordre du jour. Pour ma part, je me déclare partisan de cette espèce de ligature que j'ai employée avec succès et qui certainement, en raison du mode d'action spécial dont je parlais tout à l'heure, est bien plus efficace contre les hémorragies.

M. Lucas-Championnière. M. Terrier a eu raison de dire qu'on ne doit pas établir de règle absolue pour traiter le pédicule dans l'hystérectomie. Il y a des conditions de malades et de tumeurs qui peuvent amener à rentrer le pédicule, le chirurgien le plus décidé à repousser cette manœuvre en thèse générale. Pour ma part, je l'ai fait et je recommencerais dans le même cas, bien que la malade ait succombé; cette malade indocile n'avait aucune chance de salut avec le pédicule au dehors. Elle n'eut supporté ni les douleurs, ni le pansement qu'il nécessite ; on ne pouvait lui faire une injection sous-cutanée.

Si j'insiste sur ce fait que le pédicule au dehors doit être la méthode de choix, c'est que depuis que la méthode intra-péritonéale est devenue la méthode de choix pour l'ovariotomie, beaucoup de chirurgiens ont pensé qu'on pourrait agir de même après l'hystérectomie. Puis les opérateurs de longue expérience ont eu des désastres et la plupart d'entre eux concluent à la méthode extra-péritonéale. Il y a cependant quelques exceptions, mais dont l'exemple ne semble pas de nature à entraîner la conviction.

Je ne dis pas qu'il en sera toujours ainsi. Mais je crois que la technique de cette opération est mal établie. Il faut des progrès sur ce point. Le progrès sera peut-être le fil élastique. Je n'en sais rien. Mais certainement son avantage n'est pas encore démontré; le nombre des opérateurs qui l'ont employé est encore limité. Je ne sache pas que MM. Pean, Kœberlé, Spencer Wells, Bantok, Thornton, qui ont beaucoup fait l'hystérectomie, s'en soient jamais servi.

Pour le spray, M. Queirel ne s'en est servi que dans les trois dernières opérations. Mes collègues, MM. Perier et Terrier, s'en sont servi comme moi dans toutes leurs opérations abdominales. Nous n'avons jamais vu de cas d'accidents dus au spray, sur un nombre considérable de cas. Je dirai seulement que dans ma dernière ovariotomie, ayant affaire à une femme dont la peau présentait une susceptibilité extraordinaire pour l'acide phénique, j'ai fait pulvériser de l'eau d'eucalyptus. Tout le pansement a été fait avec l'eucalyptus. Elle a très bien guéri, mais avec une courbe de température un peu plus élevée que les précédentes.

Les conclusions des deux rapports de M. Championnière sont successivement mises aux voix et adoptées.

Élections.

La Société procède à l'élection des membres des commissions de prix.

Ont été élus :

Pour le prix Duval: MM. Marjolin, Perier, Richelot, Pozzi, Monod (20 votants).

Pour le prix Demarquay: MM. Verneuil, Delens, Tillaux, Marchand, Le Fort (20 votants).

Pour le prix Laborie: MM. Chauvel, Polaillon, Nepveu, Terrier, Gillette (21 votants).

Pour le prix Gerdy: MM. Reclus, Terrillon, Després, Marc Sée, Lannelongue (20 votants).

La séance est levée à cinq heures.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 28 novembre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° Observation de *coup de fouet ou diastasis musculaire*, et de *guérison immédiate par la faradisation*, par M. le Dr LARDIER, chirurgien de l'hôpital de Rambervillers;

3° M. MARTEL, de Saint-Malo, membre correspondant, adresse une observation de *fractures successives des deux rotules.* — (Lecture en sera donnée dans un prochaine séance.)

A l'occasion du procès-verbal.

1° A propos de la taille hypogastrique.

M. Trélat. — Je dépose sur le bureau une observation antérieurement annoncée par moi, de *taille hypogastrique suivie de guérison.*

C'est un nouveau fait à ajouter au dossier déjà considérable des faits heureux de la méthode améliorée. A ce propos, j'émettrai cette opinion que dans les perfectionnements réalisés par l'opération actuelle, il convient de donner le premier rang aux lavages antiseptiques et au bon fonctionnement des tubes évacuateurs.

Le ballon de Petersen est un adjuvant ; il joue son rôle dans l'opération, mais il n'est pas indispensable : la réplétion de la vessie et la connaissance anatomique des rapports organiques suffisent à donner toute sécurité dans les temps successifs de l'opération.

Calcul vésical très dur, ayant résisté aux tentatives de lithotritie. — Taille hypogastrique, guérison.

Observation rédigée par M. Métaxas, interne du service.

Le nommé Redon Jean-Marie, âgé de 53 ans, conducteur d'omnibus, entré le 21 février 1883, à la salle Saint-Pierre, lit n° 26, dans le service de M. le professeur Trélat.

Antécédents héréditaires.— Père d'une bonne santé, mort très vieux, mère morte jeune des suites de couches. Cinq frères vivants, bien portants, un mort, une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure, d'une bonne santé habituelle et d'une forte constitution. Quelques palpitations quand il fait des efforts. Souffle au deuxième temps et à la base.

Les premiers symptômes de sa *maladie actuelle* remontent à 3 ans. Il a eu à plusieurs reprises les urines rouges et des picotements le long du canal de l'urèthre.

Depuis 6 mois, il a continuellement des élancements le long de la verge, l'hématurie n'a pas reparu, mais les urines sont devenues de plus en plus troubles.

État actuel. — L'état général est bon. Pendant la miction, cuisson et élancements le long du canal et au niveau du gland. Douleurs dans l'hypogastre et dans le canal quand il change de place dans son lit. Étant sur l'omnibus il ne souffrait pas beaucoup, d'après lui, mais la miction était alors beaucoup plus douloureuse que quand il gardait le repos. Pas de douleur à la pression de la région hypogastrique. On provoque une légère douleur en pressant sur la région rénale droite. Mictions fréquentes surtout dans la nuit. Pas d'hématurie. Urines très

troubles laissant un dépôt muqueux légèrement purulent. Ni sucre, ni albumine. Quantité normale.

L'exploration de la vessie révèle la présence d'une pierre unique, très dure de $0^m,04$ cent. de diamètre environ.

Dilatation progressive du canal par les bougies Béniqué (nos 44 à 60).

4 *avril*.— Un lavage de la vessie par jour, avec 2 ou 3 seringues de la solution d'acide borique à 4 0/0.

10 *avril*. — M. Trélat fait, sous le chloroforme, des tentatives répétées de *lithotritie*, avec lithotriteur à mors fenêtrés. Malgré les pressions très énergiques et l'aide d'un marteau on ne parvient pas à broyer la pierre. Le soir la température est normale, les douleurs plus vives que d'habitude, une certaine quantité de sang dans les urines.

11 *avril*. — T. soir, 37°2. Les jours suivants la température monte à 39° et plus le soir.

16 *avril*. — T. soir, 38°.

17 *avril*. — M. Trélat pratique la *taille hypogastrique*. Le malade endormi, on soulève le bassin avec un coussin et on lave la vessie avec la solution tiède d'acide borique à 4 0/0. On introduit une sonde métallique à robinet sur laquelle la verge est liée à l'aide d'un tube en caoutchouc. Le ballon de Petersen est introduit vide dans le rectum. On injecte dans la vessie 340 grammes de solution boriquée tiède, et on gonfle le ballon en y injectant 430 grammes d'eau. On le fait maintenir par un aide pour l'empêcher d'être expulsé par les efforts du malade.

Incision médiane et verticale de 9 à 10 centimètres sur l'hypogastre rasé et lavé à l'eau phéniquée forte. L'extrémité inférieure de l'incision dépasse un peu le bord du pubis ; l'incision de la peau et des plans musculaires ne présente aucune particularité. On ne rencontre pas d'artère importante à lier ; l'aponévrose incisée sur la sonde cannelée, on aperçoit une masse de graisse jaune.

M. Trélat écarte avec les doigts les tissus prévésicaux en les refoulant surtout en haut. Pour ne pas s'écarter de la ligne médiane, il maintient pendant toute l'opération l'index gauche sur le bord supérieur de la symphyse pubienne.

Ouverture de la vessie par une incision de 5 centimètres de longueur. Légère hémorragie par les parois vésicales, qui s'arrête facilement. Écoulement du liquide injecté dans la vessie. Le cathéter est retiré et le calcul est extrait avec les tenettes; il est très dur, d'une couleur jaune rougeâtre et présente les dimensions suivantes : longueur, 0^m06 ; largeur, 0^m04 ; épaisseur, 0^m03 1/2. Sa surface est régulière, assez lisse et présente les traces des mors du lithotriteur.

Après l'opération. — Lavages de la vessie avec la solution boriquée. On met 2 gros tubes en caoutchouc rouge, du calibre du petit doigt environ, dans la plaie, l'un à côté de l'autre ; l'une des extrémités plonge jusqu'au fond de la vessie, l'autre passant par dessus le pubis vient plonger dans l'urinoir placé entre les jambes du malade. On maintient les 2 tubes en place pendant qu'on vide et que l'on retire le ballon rectal. Deux points de suture sont placés à chacune des extrémités de la plaie et chacun des tubes est fixé à la plaie à l'aide d'un point de

suture métallique. Les tubes sont essayés et ils fonctionnent bien; la solution boriquée injectée par l'un revient par l'autre. Large pansement de Lister, épaisse couche de ouate, bandage de corps en flanelle avec sous-cuisses.

Le soir. — Les urines passent bien par les tubes dans l'urinoir, elles ne contiennent pas de sang, on renouvelle le pansement qui du reste n'est pas mouillé ; on fait dans la journée cinq lavages avec 2 ou 3 seringues de solution boriquée tiède chacune. Le malade ne souffre pas d'une manière notable et n'a pas de fièvre. (T. 36°8.)

18 *avril.* — 2 pansements dans la journée, ils sont un peu mouillés par l'urine, cinq lavages boriqués. Pendant que l'on pousse l'injection par le tube on exerce une légère compression sur la plaie avec une éponge pour empêcher le liquide de sortir par la plaie. En somme les tubes fonctionnent bien, l'état général est bon, la langue sèche. T. Matin, 37°5. Soir, 39°.

19 *avril.* — Deux pansements et plusieurs lavages dans la journée, les pansements sont toujours un peu mouillés par l'urine, l'état général est bon, la langue toujours sèche. T. Soir, 38°8.

20 *avril.* — Purgatif. Selle abondante, la première après l'opération, pansements et lavages comme ci-dessus. T. Soir, 39°.

22 *avril.* — Le fil d'argent qui tenait un des tubes a coupé la peau on le fixe de nouveau. Tous les jours deux pansements, quatre ou cinq lavages. T. Matin, normale, Soir 38°6.

25 *avril.* — La langue commence à devenir un peu humide, depuis ce jour le malade n'a plus eu de température fébrile, on ne fait plus qu'un pansement par jour.

28 *avril.* — On retire un des tubes à demeure, on met une sonde à demeure en caoutchouc, n° 20, on la fixe avec un peu de diachylon. Trois lavages boriqués par jour alternativement par la sonde à demeure et par le tube vésical. On trouve toujours le pansement un peu mouillé par l'urine.

2 *mai.* — On retire l'autre tube vésical. La plaie est belle, la cicatrisation marche très bien comme dès le début du reste. Lavages par la sonde à demeure et en introduisant le bec de la sonde dans la plaie.

5 *mai.* — La sonde fonctionne très bien.

15 *mai.* — La plaie se ferme très bien, elle se rétrécit des parties profondes vers les parties superficielles.

27 *mai.*— On retire la sonde à demeure et on recommande au malade de se sonder plusieurs fois dans la journée, on continue toujours les lavages et les pansements, mais moins fréquents que dans les jours précédents.

29 *mai.* — La sonde est remise, les pansements étaient mouillés par l'urine.

3 *juin.* — La sonde est retirée de nouveau, le malade continue à se sonder, pansements simples depuis quelques jours.

12 *juin.* — La plaie se ferme, le malade commence à bien uriner sans l'aide de la sonde et sans qu'il s'écoule une quantité notable d'urine par

la plaie. Depuis plusieurs jours, il pouvait uriner tout seul, mais on l'a empêché de le faire. Il commence à se lever.

21 *juin*. — La plaie est cicatrisée, la miction se fait très bien.

24 *juin*. — Exeat. Guérison complète.

Le lendemain 25 juin, le malade remarque qu'il persiste au niveau de l'incision une petite fistule par laquelle l'urine s'écoule au dehors. Il rentre dans le service, 26 juin, salle Saint-Pierre, n° 2. Sonde à demeure pendant plusieurs jours, cautérisation de la petite fistule avec le crayon de nitrate d'argent et le chlorure de zinc.

Il sort guéri le 8 août. Quelques jours après, il se forme au niveau de l'ancienne fistule une petite phlyctène qui crève et la fistule se trouve rouverte. Il entre et il reste deux mois dans l'hospice de Bicêtre (service de M. Reclus). Cautérisation au nitrate d'argent. Il sort guéri.

Trois semaines après, la fistule est rouverte par le même processus, c'est-à-dire qu'elle est précédée par la formation d'une petite phlyctène. Pansement simple; guérison au bout de quelques jours.

Aujourd'hui 18 novembre, le malade est complètement guéri et ne présente aucune espèce d'écoulement par sa plaie.

2° A propos de l'hystérectomie.

M. Terrier. Dans la dernière séance de la Société de chirurgie, mon excellent ami, M. Just Championnière, a cru devoir s'appuyer sur les résultats de ma pratique pour formuler son opinion sur la valeur de l'hystérectomie.

Comme je vous l'ai dit, mon expérience est certainement insuffisante, toutefois je crois utile de vous en exposer brièvement les résultats.

J'ai pratiqué 7 hystérectomies et ces opérations m'ont donné 4 morts et 3 guérisons. Je m'empresse d'ajouter que je considère comme guérie une femme opérée dans mon service de l'hôpital Bichat, il y a aujourd'hui plus de quinze jours.

D'autre part, les diverses opérations que j'ai faites, doivent être divisées en deux grandes catégories, bien différentes au point de vue clinique et opératoire et devant fatalement donner des résultats dissemblables.

Dans la première catégorie, je range les hystérectomies faites comme complément forcé d'une ovariotomie double ou simple. Dans ces circonstances la matrice et les tumeurs ovariennes avaient entre elles des rapports tellement intimes, qu'ils n'ont pu être dissociés sans danger considérable, d'où la nécessité imposée de comprendre l'utérus dans le pédicule maintenu à l'extérieur et de le réséquer.

Trois de mes observations appartiennent à cette catégorie, en voici le résumé succint :

X OBSERVATION I. — Mme Le C.... 48 ans, offrait depuis longtemps des troubles utérins graves : leucorrhée, hémorragie au moment des règles, douleur de reins, etc. En 1878, accidents de pelvi-péritonite, avec apparition d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte, située dans la fosse iliaque droite. Dans un mouvement brusque cette tumeur disparaît et la malade présente les signes d'une péritonite généralisée qui finit par se calmer.

La tumeur se reproduisit, et en 1879 l'état général devient mauvais : douleurs vives du coté des reins, digestions très pénibles, vomissements, crises de nerfs incessantes, insomnie.

La tumeur abdominale occupait le coté droit du ventre, et paraissait adhérente à la fosse iliaque et à l'utérus. Un ponction permit de retirer 300 grammes de liquide rouge, qui, examiné par M. Malassez, fut regardé comme d'origine kystique et ovarienne. Les douleurs vives et l'état général sérieux décidèrent M. le professeur Verneuil, appelé en consultation auprès de la malade, à conseiller l'opération.

Celle-ci fut faite le 29 février 1880, à Neuilly, avec l'aide de MM. Perier, Just Championnière et Coignard.

L'incision abdominale, permet de constater l'existence de deux tumeurs superposées, une supérieure fluctuante d'où l'on retire 1/2 litre de liquide séro-sanguin et une inférieure entièrement solide adhérente au ligament large droit, et plongée dans son dédoublement jusqu'au plancher pelvien. En dedans, cette tumeur adhère absolument à l'utérus hypertrophié et bourré de fibromes.

On essaye de séparer l'utérus de cette tumeur, mais sans y réussir et on se résoud à enlever l'utérus et la tumeur. Des trocarts et deux anses de fil de fer serrées par des ligateurs sont placées autour de la tumeur et de l'utérus, l'ovaire gauche est compris dans l'anse qui entoure l'utérus.

On résèque alors tout ce qui dépasse les anses métalliques, soit la tumeur à droite et l'utérus sur la ligne médiane.

Une deuxième anse fut placée plus bas encore sur la tumeur kystique pour en enlever la plus grande partie.

Enfin on avait deux pédicules, un droit kystique, l'autre gauche ou médian, formé par l'utérus et l'ovaire gauche. Ces pédicules étaient maintenus par des crochets en croix.

L'opération a duré 2 heures 1/4. Il n'y eut pas de spray phéniqué. La malade mourut de péritonite aiguë le 3e jour; malheureusement on ne put faire l'autopsie.

Ici donc l'hystérotomie a été une façon de finir l'opération, une sorte de pis aller, nécessité par les adhérences intimes du kyste droit et de l'utérus.

OBS. II. — Mme Laig... de Maisons-Laffitte, 63 ans, a un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire qui date de 12 années (1868). Je vis pour la

première fois la malade en 1875, le kyste était déjà fort gros et je constatai des adhérences pelviennes : aussi je n'insistai guère sur l'opération.

En 1878, augmentation considérable du kyste, phlegmatia alba dolens des deux jambes. Nouvelle phlegmatia en 1880 pendant l'hiver.

En juillet 1880 je revois la malade et constate l'existence d'une énorme masse polykystique, avec un peu d'ascite. L'utérus attiré en haut et en avant ne peut plus être senti par le doigt introduit dans le vagin.

Œdème des membres inférieurs, séjour forcé au lit.

La malade supplie qu'on l'opère, ne pouvant, dit-elle, continuer à vivre dans de pareilles conditions, *couchée à côté de son ventre*, suivant son expression.

L'opération fut faite à Maisons-Laffitte, le 21 novembre 1880, avec l'aide de MM. Perier, Championnière. Augros et Lamarre de Saint-Germain. Notre collègue, M. Larger, y assistait.

Large ouverture du ventre, écoulement d'ascite, ponction successive des kystes, destruction des adhérences comme macérées à la paroi abdominale, au grand épiploon, et à l'S iliaque. Ces dernières saignent beaucoup et nécessitent des ligatures multiples.

La masse kystique sort enfin, elle adhère en bas à l'excavation et aux fosses iliaques; en fait, elle se confond avec l'utérus et les deux ligaments larges.

Le kyste maintenu au dehors, on ferme le péritoine au-dessus de lui à l'aide de 8 fils d'argent ; le 9e point de suture comprend la paroi abdominale et la paroi kystique à sa partie supérieure. On résèque peu à peu la masse kystique et on la fixe à la partie inférieure de la plaie abdominale par des points de suture d'argent.

En réséquant peu à peu les parois kystiques on tombe sur l'utérus qui, sectionné, donne du sang. Les vaisseaux du ligament large droit sont liés en masse et les artères utérines sont liées directement et isolément. L'utérus est fixé à la paroi abdominale, comme le reste des parois kystiques, par deux fils d'argent.

L'opération faite avec toute les précautions de la méthode de Lister à duré une heure et demie.

L'opérée, très faible, meurt 23 heures après l'opération, offrant tous les signes du choc traumatique, en particulier une anxiété précordiale et respiratoire constante.

Comme dans notre première observation, la résection utérine a été en quelque sorte fatale, la matrice atrophiée faisant partie intégrante du pédicule de l'énorme masse kystique enlevée. Toutefois ici, l'utérus était normal et non bourré de fibromes comme dans l'observation précédente.

Obs. III. —Mme Saigne, 45 ans, présente depuis douze ans les signes rationnels d'une tumeur fibreuse de l'utérus; métrorragies, douleurs des reins, surtout lors les règles. Apparition d'une tumeur abdominale, il y a 5 à 6 ans. Cette production augmente peu à peu, surtout lors des

époques. La néoformation, occupe presque tout l'abdomen, qui très distendu (114 centimètres de circonférence) est inégalement développé, par les lobes très nettement accentués de la masse morbide.

Accidents du côté, la miction souvent difficile, grande constipation, douleurs s'irradiant vers les jambes.

Opération faite à l'hôpital Bichat, le 13 novembre 1883, avec l'aide de MM. Perier, J. Championnière et Berger.

La malade est difficile à endormir et a une légère syncope avant l'opération.

L'incision de la paroi permet de découvrir la tumeur très lobulée. Un kyste est ponctionné et il s'écoule trois litres de liquide. Destruction d'adhérences pariétales. La masse trop volumineuse nécessite un notable agrandissement de la section médiane des parois abdominales, pour pouvoir être attirée au dehors. Un kyste contenant environ un demi-litre de liquide séreux, citrin et à parois très minces est ponctionné pour diminuer un peu la tumeur.

On s'aperçoit alors que cette tumeur est sous-péritonéale, c'est-à-dire, qu'elle s'est développée en relevant le péritoine de la région postérieure du bassin et qu'elle arrive jusqu'au côlon ascendant.

La lame péritonéale est déchirée et on énuclée la masse avec les doigts en la séparant des anses intestinales et de l'épiploon, auquel elle adhère.

Cette énucléation est poursuivie des deux côtés de la tumeur et des pinces courbes sont placées sur les adhérences vasculaires.

La tumeur sort en masse, mais elle est largement pédiculée et ce pédicule comprend l'utérus très hypertrophié.

Une broche courbe est passée en travers de ce pédicule, puis une anse de fort fil de fer est serrée sous cette broche et on résèque l'utérus et la tumeur polykystique. Pour bien maintenir le pédicule et assurer l'hémostase on y place une deuxième broche perpendiculairement à la première et une deuxième anse de fil de fer est placée entre les 2 broches.

L'opération a duré 1 heure 10 minutes.

La malade, opérée il y a eu 15 jours hier, est en parfaite santé et le pédicule est complètement tombé depuis plusieurs jours.

Quant à la tumeur enlevée, elle se composait de deux parties: 1° une partie droite, formée par le corps de l'utérus très hypertrophié et ayant 13 centimètres de longueur; 2° une partie gauche constituée par 3 kystes principaux et une multitude de kystes intermédiaires. C'était probablement l'ovaire gauche polykystique et inclus dans le ligament large et adhérent complètement au bord gauche et à la face postérieure de l'utérus.

Dans ce cas donc on a dû pratiquer l'ablation de l'utérus en raison même des adhérences intimes entre cet organe et la masse polykystique gauche.

En résumé, dans ces trois observations, la résection utérine

n'avait pas été prévue, elle devint nécessaire par suite de conditions opératoires spéciales et elle porta dans un cas sur un utérus sain, même atrophié (obs. 2) et dans les deux autres cas sur des utérus hypertrophiés (obs. 3) ou bourrés de fibromes (obs 4), c'est-à-dire, malades. De plus, les tumeurs kystiques étaient anciennes, adhéraient dans le bassin, ou bien dédoublaient les ligaments larges: complications qui ajoutées aux risques de l'hystérectomie aggravent considérablement le pronostic, mais ne le rendent pas fatal, comme on a semblé le dire dans la dernière séance de la Société.

Dans la seconde catégorie, je place les hystérectomies faites pour des tumeurs de l'utérus; c'est surtout à propos de cette intervention que des opinions diverses ont été émises dans cette enceinte; c'est donc sur ces faits que je crois utile d'insister.

J'ai pratiqué 4 hystérectomies pour des tumeurs utérines et j'ai obtenu 2 insuccès et 2 succès; permettez-moi encore de relater très succintement ces 4 observations :

Observation I. — (Publiée dans la thèse de Th. Letousey en 1879.) Mlle X..., religieuse, 40 ans, est atteinte depuis longtemps déjà d'un fibrome utérin offrant les dimensions d'une tête d'adulte et situé immédiatement au-dessus du col, un peu hypertrophié lui-même. Douleurs intenses, troubles nerveux et digestifs, métrorragies. Opération le 27 avril 1879, avec l'aide de MM. Perier, Championnière et Coignard.

Incision de la paroi, qu'on doit conduire jusqu'au-dessus de l'ombilic pour faire sortir la tumeur. A la base fort large de cette tumeur, on place 2 anses de fil de fer qui sont serrées avec le ligateur Cintrat. Un gros trocart courbe est passé en travers pour maintenir le pédicule au dehors. Une 2e anse est placée sous ce trocart.

La masse morbide est alors réséquée, elle pesait 1,910 grammes; il reste un large pédicule qu'on fixe en bas de la plaie abdominale.

La malade qui semblait avoir évité le choc traumatique, l'hémorragie et les accidents primitifs de péritonite aiguë, mourut au 5e jour en présentant des phénomènes nerveux, caractérisés par de l'anxiété respiratoire et précordiale.

Ici, le traitement du pédicule est des plus simples : une broche le fixe au dehors, et il est étreint par 2 anses de fil de fer serrées par des ligateurs.

Obs. II. — (Publiée dans la *Revue de Chirurgie* [1].) Virginie Millot 43 ans, présente tous les signes d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus ; une ponction donne issue à 3 litres de liquide, qui fut analysé et qu'on crut devoir rapporter à un kyste ovarique.

[1] T. I, n° 4, 1881.

La tumeur, offre le volume que présente l'utérus à 8 mois de gestation. L'état général est bon, mais la malade ne pouvant travailler, à cause de sa faiblesse et des douleurs qu'elle ressent, veut être débarassée à tout prix de sa tumeur.

L'opération fut pratiquée le 24 janvier 1881, à la Salpêtrière avec l'aide de nos collègues MM. Perier, Berger et Charles Monod.

L'ouverture du péritoine fut rapidement faite, trop rapidement même, car la vessie fortement reportée en haut, fut ouverte d'un conp de ciseaux dans une étendue de 1 cent. 1/2. Cette ouverture fut obturée par une suture en surjet faite avec du fil de soie phéniqué. Le kyste fut ponctionné et on en retira 1 litre 1/2 de liquide séro-sanguinolent. On dissocie des adhérences avec la paroi abdominale antérieure.

Le kyste et la partie supérieure de l'utérus hypertrophié furent attirés au dehors, 2 broches sont passées en croix vers la partie moyenne de l'utérus et on place entre elles une anse de fil de fer serrée avec le ligateur Cintrat. La tumeur est alors réséquée. Le pédicule étant trop long, on place plus bas 2 autres broches en croix et une anse de fil de fer qui, serrée, permet de réséquer la partie supérieure primitivement prise dans la 1re anse métallique.

L'ovaire gauche kystique est enlevé et 2 ligatures en X sont placées sur son pédicule. L'ovaire droit n'a pas été vu.

L'opération a duré 1 heure 10 et a été faite d'après les règles de la méthode listérienne avec le spray.

La malade guérit très bien ; au 18e jour on put enlever les broches et le fil du ligateur ; au 30e jour Mme M... quitta l'hôpital.

L'examen microscopique de la tumeur permet de reconnaître qu'on avait affaire à un fibro-sarcome kystique, du poids de 360 grammes. Comme dans l'observation précédente, le mode opératoire a été très simple ; pédiculisation avec 2 broches en croix et striction avec une anse de fil de fer. Ici on n'utilisa qu'une anse a cause du peu de volume du pédicule à étreindre.

Mais on fit en plus l'ablation d'un ovaire kystique, l'autre n'ayant pas été vu. Faisons remarquer qu'un mois après l'opération les règles reparurent et qu'elles sont revenues régulièrement jusqu'à ce jour.

Obs. III. — Mme Joly, née Drugeon, 45 ans ; il y a 15 ans métrorragies et douleurs de ventre très intenses ; depuis 11 ans l'abdomen augmente de volume, dans ces dernières années il paraît être stationnaire. Accidents péritonitiques qui forcèrent la malade à entrer dans le service de notre collègue M. A. Després ; celui-ci me l'adressa à la Salpêtrière.

L'examen de la malade permet de reconnaître l'existence d'une tumeur dure et rénitente occupant l'hypogastre et les fosses iliaques surtout à gauche. Un lobe détaché existe en haut et à droite de la masse principale. Cette masse fait corps avec l'utérus, il s'agit d'une tumeur solide de l'utérus. L'état général est bon.

L'opération fut faite le 18 mars 1881, à la Salpêtrière, en présence de M. A. Després et à l'aide de nos collègues MM. Perier, J. Championnière et Berger. Une ponction avec une fine aiguille munie d'un aspirateur avait démontré la nature solide de la masse morbide.

Ouverture de l'abdomen assez large pour faire sortir du ventre la masse utérine fibreuse, maintenue des deux côtés par les ligaments larges et les ligaments des ovaires. Les ligaments des ovaires droits et gauches sont sectionnés entre 2 ligatures, on décolle un peu les 2 ligaments larges à leur insertion aux bords de l'utérus, ce qui donne du sang à gauche et nécessite une pince hémostatique.

La masse est pédiculisée avec 2 broches en croix; un fil de fer placé entre les 2 broches est serré avec le ligateur. On excise la partie supérieure et principale de la tumeur. La surface de section ainsi obtenue a plus de 10 centimètres de diamètre, et est bourrée de fibromes qui sont excisés ou énucléés; il reste encore un gros fibrome situé en arrière mais au-dessous de la ligature métallique. Or, on résolut de l'enlever par énucléation pour diminuer l'étendue du pédicule et d'abandonner celui-ci dans le ventre.

Le pédicule fut donc excisé jusqu'à la ligature métallique, et les fibromes interstitiels furent enlevés, si bien qu'on put relever les broches et l'anse métallique. Aussitôt le sang se fit jour par les artères utérines situées autour du pédicule, dans le tissu utérin véritable. Elles furent saisies par des pinces à kystes. L'énucléation du fibrome postérieur fut facile, mais on dut mettre 2 nouvelles pinces hémostatiques.

Sept ligatures en fort fil de soie phéniqué, ligatures formant la chaîne, c'est-à-dire dépendantes les unes des autres, furent passées à travers l'utérus de façon à obtenir une hémostase et à permettre encore la résection du pédicule utérin; 2 ligatures en X furent placées sur les 2 ovaires, qui furent enlevés avec la trompe correspondante.

Les pédicules ovariens et utérin furent alors réduits et abandonnés.

L'opération dura 1 heure 20. Lister complet.

La malade mourut 40 heures après l'opération sans présenter de signe de péritonite. L'autopsie permet en effet de s'assurer que la mort tenait à une hémorragie intra-péritonéale; il y avait 1/4 de litre de sérosité très colorée en rouge dans l'abdomen, de plus le bassin et les flancs renfermaient de nombreux caillots noirs.

Le foie est gras, le rein droit hypertrophié offre des lésions du côté de sa substance corticale; quant au rein gauche, il est atrophié, sa capsule adhère à la substance corticale, les calices et le bassinet offrent des graviers et du pus.

Comme on le voit, cette tentative d'abandon du pédicule utérin dans la cavité abdominale n'a pas été heureuse et en tous cas l'hémostase n'a pû être obtenue par l'emploi de la ligature en chaîne de Thornton.

Il eût fallu ajouter à cette ligature la suture des parois utérines coupées obliquement, de manière à pouvoir s'affronter exactement.

En même temps on aurait occlus la cavité de l'utérus, ce qui serait d'une importance capitale pour certains auteurs.

Obs. IV. — Mme R..., de Moulins, 39 ans, n'a jamais eu d'enfants ni de fausses couches; métrorragies qui disparaissent, les règles même cessent de se montrer.

En avril 1883, le ventre grossit, et la malade est obligée de s'aliter vers mai. Ponction le 12 juin par le Dr Méplain, qui retira 12 litres de liquide et m'adressa la malade.

L'état général est très mauvais, œdème considérable des membres inférieurs et du dos, ascite très développée; tumeur faisant corps avec l'utérus et repoussant les culs-de-sac vaginaux, sauf à gauche. Pas de fièvre.

Une nouvelle ponction évacue 10 litres de liquide qui se reproduit très rapidement.

Le 10 juillet 1883, opération faite en ville avec l'aide de mes collègues Perier, Championnière et Berger: incision jusqu'au péritoine, écoulement de 6 litres d'ascite; on met a nu une masse solide du volume d'une tête d'adulte, adhérente aux 2 ligaments larges et faisant corps avec l'utérus. Un pédicule vasculaire situé en avant de l'utérus est lié et sectionné.

La tumeur est pédiculisée avec 2 anses de fil de fer passées d'avant en arrière à l'aide d'un trocart; ces 2 anses sont serrées par des ligateurs. Mais les anses sectionnent la tumeur dont la moitié supérieure est aussi enlevée.

Je procède alors à l'énucléation de ce qui reste de la tumeur du côté du pédicule utérin, énucléation facile à gauche, mais difficile à droite, la néoformation arrivant jusqu'au plancher pelvien. Des pinces hémostatiques sont placées sur les vaisseaux utérins ouverts.

Il reste alors en guise de pédicule une cavité formée par le péritoine et la couche mince de tissu utérin, qui recouvrait la tumeur. Cette cavité arrive en bas jusqu'au plancher pelvien, en arrière elle est largement ouverte du côté de l'abdomen par une déchirure verticale.

Les bords de cette déchirure furent réunis par 7 sutures en catgut, si bien que la cavité abdominale put être complètement fermée par 6 points de suture profonds et 2 superficiels. Quant à la cavité de la tumeur ses bords furent suturés à la partie inférieure des lèvres de la paroi abdominale par des fils d'argent. Deux gros drains en caoutchouc sont placés dans son intérieur.

L'opération faite d'après la méthode de Lister a duré 1 heure 38'.

Après une longue suppuration de la poche drainée, qui nécessita des soins minutieux, la malade put se lever au bout d'un mois. La fistule persista assez longtemps et ne suppura plus deux mois après l'opération.

De plus, les règles sont revenues et continuent à couler périodiquement comme avant l'opération et en quantité normale. Le trajet fistuleux persiste encore, mais on ne peut y faire pénétrer un fin stylet qu'à 3 ou 4 millimètres de profondeur.

Dans cette dernière observation, le mode opératoire a donc été tout à fait différent de celui que nous avons utilisé dans les 3 précédentes opérations. En effet, après avoir vainement essayé de faire un pédicule, nous avons énucléé la tumeur et la cavité résultant de cette énucléation a été maintenue ouverte à l'extérieur.

En résumé nous remarquerons qu'on peut rattacher à 3 types le mode opératoire utilisé dans nos 4 observations pour le traitement de la tumeur.

Dans une première manière d'opérer, on fait un pédicule ou pour mieux dire on pédiculise la masse morbide en plaçant à sa base une ou deux broches et en l'étreignant avec une ou deux anses de fil de fer, qu'on serre ensuite avec des ligateurs.

C'est le procédé classique en quelque sorte, il s'accompagne ou non de l'ablation des ovaires.

Dans notre 1re observation, les ovaires ne furent pas vus, on ne s'en occupa pas, ce qui tenait très probablement à ce que le pédicule n'avait pas été fait assez bas.

Dans la 2e observation, un seul ovaire fut enlevé, il était kystique. L'autre ovaire resta, aussi Mme M... a-t-elle encore ses règles d'une façon régulière.

Une deuxième manière d'opérer consiste à réduire le pédicule de la tumeur dans la cavité abdominale et pour ce faire à obtenir une hémostase complète non seulement temporaire mais définitive.

Nous avons, à cet effet, utilisé la ligature en chaîne, mais elle ne paraît pas suffisante, parce que les parties, d'abord parfaitement étreintes, diminuent de volume et que les ligatures ne serrent plus, d'où l'hémorragie secondaire.

Il faudrait donc, ou bien utiliser les fils élastiques, ou bien, ajouter à la ligature en chaîne une suture des lèvres de la section de l'utérus, lèvres primitivement coupées en biseau. C'est la pratique suivie par M. Terrillon dans une opération où il fut aidé par M. Perier et par moi. Cette observation a été publiée dans nos bulletins.

Dans le cas où le pédicule utérin a été abandonné dans l'abdomen nous avons fait l'ablation des 2 ovaires, en plaçant 2 fils entrecroisés en X sur leurs pédicules. Cette ablation nous paraît presque nécessaire mais non fatale.

Enfin, la troisième manière de faire diffère totalement des deux autres : elle nous a été imposée par la nécessité, mais nous semble très bonne à conseiller, toutes les fois que l'utérus sera bourré de fibromes assez gros et énucléables.

On pratique donc cette énucléation aussi complètement que possible et les bords de la cavité ainsi formée sont suturés aux lèvres de la plaie abdominale.

Si cette cavité est trop large, si elle est déchirée, on la diminue, ou bien on la suture par des ligatures au catgut, comme nous l'avons fait avec succès dans notre dernière observation.

En fait, loin de regarder l'opération de l'hystérectomie comme détestable, ainsi que l'affirme M. Gillette, qui devrait se rappeler les opinions émises sur l'ovariotomie, nous pensons qu'il s'agit d'une opération dangereuse, à propos de laquelle tout n'a pas encore été fait et qui sera très certainement perfectionnée. Alors peut-être ne sera-t-on pas seulement autorisé à opérer des femmes en danger de mort comme le veulent la plupart des chirurgiens actuels.

Je conclus en disant que rejeter l'opération comme mauvaise est inacceptable et qu'il faut s'efforcer au contraire de la perfecfectionner pour la rendre moins grave.

M. Lucas-Championnière. Dans le rapport que je vous ai lu à la dernière séance sur l'hystérectomie, c'est avec intention que je n'ai pas cru devoir examiner toutes les questions que soulève la pratique de l'hystérectomie, et que je me suis borné à parler du traitement du pédicule.

Je n'avais donc pas à m'occuper des hystérectomies qui, pour une cause ou pour une autre (kystes compliqués de tumeur de l'utérus, néoplasmes adhérents ou propagés à cet organe, etc.), constituent une opération toute spéciale, bien différente de celle pour les tumeurs fibreuses. D'ailleurs, je suis absolument de l'avis de M. Terrier, lorsqu'il dit que ces divers cas ne sont pas comparables.

J'ai ajouté toutefois — et c'est surtout à ce propos que je reprends la parole — que l'hystérectomie était une opération dont il nous était difficile d'apprécier la valeur, à l'aide des faits connus jusqu'à ce jour.

En ce qui me concerne, j'ai perdu trois femmes sur quatre, deux opérées depuis mon rapport ; mais comme ces opérées étaient atteintes de tumeurs d'une gravité extrême, comme elles seraient certainement mortes à brève échéance de l'affection à laquelle je voulais remédier, ce n'est pas une statistique et ces chiffres ne peuvent rien prouver contre la valeur de l'hystérectomie. Je me propose de la recommencer toutes les fois que je me trouverai en présence de cas analogues, où la vie de la malade est tellement en danger que l'on est en droit de lui pratiquer une opération des plus graves.

Je suis bien loin, en effet, d'être de l'avis de M. Gillette quand il dit que l'hystérectomie est une opération déplorable; bien au contraire, c'est une bonne opération ; seulement nous ne sommes

pas encore aussi avancés à son égard que nous le sommes relativement à l'ovariotomie ; nous avons encore trop de chances défavorables à courir pour que nous consentions à intervenir chez les femmes qui ne sont pas encore très compromises par leur mal, comme on le fait pour l'ovariotomie. Nous nous astreignons à n'opérer qu'à la dernière extrémité, et cela peut, dans une certaine mesure, être cause d'insuccès.

C'est ainsi, par exemple, pour ne citer qu'un de mes cas, que j'ai suivi pendant très longtemps ma dernière malade avant de l'opérer ; je n'y ai pas touché tant que sa vie a été supportable, et ce n'est qu'alors que sa tumeur eût pris des proportions excessives, puisqu'elle pesait 17 kilogrammes, que je suis intervenu. L'opération n'a pas présenté de difficultés insurmontables. Elle a été complètement et correctement terminée en une heure environ.

Les suites immédiates ont été très favorables, pas de dépression, et les premières 24 heures pouvaient faire penser que la guérison surviendrait. Au bout de ces 24 heures, sans incident nouveau, la température s'est élevée, j'ai observé des contractions tétaniformes des muscles du cou, et elle a succombé à des accidents que je considère comme étant de la famille des réflexes, sur lesquels j'attirais l'attention l'autre jour.

Rapport.

Documents relatifs à l'histoire des kystes hydatiques de l'orbite,

Par le Dr Dieu, médecin principal de l'armée.

Rapport par M. Chauvel.

Sous le titre modeste de *Documents*, notre distingué collègue de l'armée et excellent ami, le Dr Dieu, a réuni tous les faits de kyste hydatique de l'orbite, épars dans la littérature médicale. Son intention n'a pas été, ainsi qu'il se hâte de le dire, de tracer l'histoire pathologique de cette affection, fort bien décrite par Berlin, dans le grand ouvrage de Græfe et Sæmich, et à laquelle nous avons consacré un chapitre spécial dans l'article Orbite du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* Laissant de côté toutes les observations douteuses, notre confrère s'est volontairement borné à recueillir et à retracer tous les cas

authentiques, avec les indications nécessaires pour éviter, à ceux qui s'occuperont plus tard de cette affection, les pénibles recherches auxquelles il a dû forcément se livrer lui-même. Si ingrat qu'il puisse être, un travail de ce genre mérite les plus grands éloges. Ajoutons de suite que l'idée en a été inspirée à M. le Dr Dieu par une observation personnelle, dont il nous donne l'intéressant récit à la fin de son mémoire. Il y joint un tableau récapitulatif indiquant, avec les traits principaux de chaque observation, la source originale à laquelle elle a été puisée.

Dans l'impossibilité de refaire une seconde fois le travail de notre confrère, je me bornerai à discuter ses conclusions, en ce qu'elles peuvent avoir de douteux. Comme lui, j'ai eu l'heureuse chance de rencontrer un cas de kyste hydatique de l'orbite, et je n'ai pas oublié les difficultés du diagnostic. Seule, l'issue de la poche kystique a permis d'affirmer, sans conteste, la nature exacte de la tumeur. Je me bornerai à un court résumé du fait. B... caporal au 60e de ligne, entre dans mon service, au Val-de-Grâce, le 13 décembre 1880, pour un exophtalmos de l'œil droit. Des douleurs névralgiques violentes ont précédé la saillie du globe oculaire, qui n'est devenue sensible à la vue que depuis quelques mois. Le toucher sous-palpébral ne permet de sentir aucune tumeur limitée, mais le diagnostic de tumeur rétro-oculaire ressort de l'ensemble des symptômes. Il existe une névrite optique évidente et la vision est considérablement affaiblie. Ce n'est qu'en avril 1881, et après l'insuccès d'un traitement spécifique prolongé, que je me décide, pour assurer le diagnostic, à faire une ponction exploratrice dans le point où le doigt perçoit une résistance plus marquée, au-dessous et en dedans du bulbe. Pratiquée avec l'aspirateur Dieulafoy, la ponction est suivie de l'issue d'une petite quantité d'un liquide séro-purulent, au plus 5 à 6 grammes. Examiné au microscope, ce liquide ne contient que des leucocytes; il ne contient pas de crochets.

L'existence d'un kyste hydatique que j'avais soupçonnée n'était donc aucunement démontrée, et je m'arrêtai à l'idée d'une périostite suppurée de la paroi orbitaire. De nouvelles ponctions, nécessitées par la reproduction de l'exophtalmie, donnèrent issue au même liquide séro-purulent. Je tentai alors d'ouvrir plus largement le foyer, et j'y plongeai avec prudence un bistouri à lame étroite, mais je ne pus jamais parvenir à placer une mèche ou un drain jusque dans la cavité suppurante. Celle-ci était en effet située tout à fait en arrière du globe, et le retrait de la conjonctive et l'irrégularité du trajet amenèrent immédiatement l'accolement de ses parois. Cependant l'état de la vision restait le même, la névrite optique s'était plutôt amendée, et le malade quitta l'hô-

pital en juillet 1881, avec un congé de réforme, n'ayant plus ni exophtalmie ni déviation du globe oculaire, mais conservant une fistule par laquelle quelques gouttes de pus s'échappaient de temps en temps.

J'avais rejeté l'idée d'un kyste hydatique, et j'avais eu tort. Quelques semaines plus tard, en effet, la poche kystique se présentait d'elle-même à l'ouverture de la fistule, et était extraite dans une des cliniques ophtalmologiques de la ville. J'ai eu depuis l'occasion de voir ce malade. La guérison était complète, l'œil avait repris sa place dans l'orbite et récupéré la plus grande partie de ses mouvements, mais la fonction visuelle ne s'était pas rétablie et la vue était sensiblement la même qu'à l'entrée de B... à l'hôpital. La papille témoignait par sa décoloration d'un certain degré d'atrophie du nerf optique.

Je résume maintenant le fait personnel à notre confrère de l'armée. Il a trait à une jeune femme arabe, de vingt ans environ, entrée à l'hôpital de Sétif le 26 février 1883. Depuis quinze mois, de la diplopsie et de violentes névralgies sus-orbitaires, s'accompagnant d'une tendance prononcée au sommeil, l'ont obligée de ne pas quitter le lit. Depuis un an s'est montré l'exophtalmos, qui progressivement s'est accru au point que l'œil, repoussant en haut la paupière supérieure, fait hors de l'orbite une saillie de 1 1/2 centimètre. Le globe est immobile et refoulé en haut et en dehors par une tumeur franchement rénitente; la vision est presque abolie, mais la sensibilité lumineuse persiste encore. L'examen opthalmoscopique décèle une congestion intense des veines rétiniennes.

En raison de la fréquence des kystes hydatiques en Algérie, s'appuyant sur les symptômes énoncés ci-dessus, le Dr Dieu pose le diagnostic de kyste séreux de l'orbite, probablement hydatique. Une ponction avec l'aspirateur de Potain donne 50 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Immédiatement les douleurs cessent, l'œil revient à sa place et la vision se rétablit au point que la malade compte facilement les doigts à une distance de 50 centimètres. Le liquide extrait est légèrement alcalin et renferme une forte proportion de chlorure de sodium, mais le microscope n'y montre pas de crochets.

Les jours suivants, la réaction est vive, l'œdème inflammatoire s'étend au loin, l'exolphtalmos a reparu, la vision est complètement abolie. Convaincu que le kyste est en pleine suppuration, le Dr Dieu fait une large incision au niveau de la première ponction. Il s'écoule une cuillerée de pus, et le stylet pénètre à une profondeur d'environ 5 centimètres, sans rencontrer de dénudation osseuse. Drainage, cataplasmes d'amidon, suppuration; l'œdème disparaît,

l'exophtalmos diminue, les douleurs ont cessé, mais la vision reste complètement abolie. Douze jours après l'incision, la poche kystique se présente entre les lèvres de la plaie et est extraite en son entier.

Deux semaines plus tard la malade sort de l'hôpital. L'exophtalmos a complètement disparu et les mouvements du globe s'exécutent parfaitement, sauf l'adduction limitée par l'allongement du droit interne. De là un strabisme divergent très prononcé, comme le montra la photographie jointe au mémoire de notre confrère. Il n'existe plus de douleurs. La pupille est contractile, modérément dilatée, la vision reste complètement abolie. Si l'on recherche la cause de cette perte absolue de la fonction, on la trouve immédiatement dans l'existence d'une atrophie papillaire, d'une dégénérescence très accentuée du nerf optique.

Le Dr Dieu revoit son opérée un mois après sa sortie de l'hôpital; l'état est resté le même. Nous dirons plus loin comment notre distingué confrère explique le développement rapide d'une atrophie du nerf optique, dans le court espace de temps qui sépare la ponction aspiratrice de la large incision. Il nous suffit ici de signaler le fait.

Les autres observations, recueillies par notre confrère avec le plus louable soin, sont puisées dans la littérature médicale. Il ne nous est pas possible matériellement de les résumer toutes, et nous devons forcément nous borner à donner et à analyser les conclusions du mémoire de M. le Dr Dieu. Elles sont les suivantes :

« 1° Les kystes hydatiques de l'orbite sont des tumeurs identiques à celles observées dans les autres régions; les vésicules sont solitaires ou multiples; le liquide qu'elles contiennent est de même composition que celui des autres hydatides, *on y rencontre rarement des crochets.* » Il est bon, je crois ,d'insister sur cette absence des crochets. Quand le liquide retiré par la ponction est trop peu abondant; quand il est modifié par le mélange avec du pus ou du sang, l'analyse chimique est impossible ou sans intérêt diagnostique. Si l'examen microscopique ne montre pas de crochets, il serait difficile d'affirmer la nature hydatique de la tumeur. C'est là précisément ce qui est arrivé chez mon malade.

« 2° Ces tumeurs sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme; proportion 18 à 6. Sur 26 cas, 16 ou les 2/3 environ ont été observés avant 21 ans, 8 au-dessus de 21 ans. Le sujet le plus jeune avait 4 ans 1/2, le plus âgé 42 ans. » Cette conclusion est encore confirmée par le fait qui m'est personnel.

« 3° Les symptômes observés sont les mêmes que ceux des autres tumeurs enkystées de l'orbite. Jamais le frémissement hydatique n'a été signalé. Il faut noter cependant comme symptômes spéciaux,

dans la plupart des observations : 1° des douleurs violentes à forme névralgique, quelquefois avec une grande tendance au sommeil; 2° une inflammation de voisinage plus considérable que dans les autres tumeurs bénignes de l'orbite. »

L'impossibilité de constater le frémissement hydatique s'explique fort naturellement par la situation habituelle de la tumeur. Parfois comme chez mon blessé, celle-ci est trop profondément située pour être facilement accessible au doigt, et le toucher, le palper sont des plus délicats. Mais c'est là un signe négatif qui n'offre pour le diagnostic absolument aucune importance. Nous serions porté à en dire tout autant des douleurs névralgiformes, aussi prononcées dans les affections malignes que dans les kystes orbitaires.

« 4° La marche de ces tumeurs est en général assez lente; dans un cas (obs. Mac-Galivray) le kyste datait de six ans. D'autres fois, le développement de la tumeur est plus rapide et peut déterminer en quelques mois la fonte de l'œil. A la longue, la tumeur de l'orbite peut communiquer avec le cerveau en perforant les os et donner lieu à des pulsations (obs. *Verdalle*). »

Cette dernière conclusion nous paraît d'autant plus discutable que *Verdalle* dit précisément que le doigt, appliqué sur le globe oculaire flétri et ridé, ne percevait ni battements, ni mouvements ondulatoires, mais seulement une vague fluctuation profonde. Il existait bien une perforation de la voûte orbitaire, mais la lecture de l'observation nous a porté à croire que le kyste était né dans le sinus frontal et n'avait envahi l'orbite que secondairement. La communication avec la cavité crânienne ne ressort aucunement des détails du fait.

« 5° Le diagnostic des kystes séreux est, en général, assez facile à cause de la rénitence de la tumeur; mais la nature du kyste est impossible à déterminer d'une façon absolue, ; on ne peut que la soupçonner.

« En tout cas une ponction exploratrice, et l'examen chimique et microscopique du liquide sont indispensables pour fixer le diagnostic. »

Sur ces divers points encore, nous ferons quelques réserves. Ce n'est que dans les cas où la tumeur fait saillie hors de l'orbite, lorsqu'elle devient accessible au palper direct ou bien au toucher sous-palpébral, que la rénitence et la fluctuation deviennent appréciables. Jusqu'à ce moment, et bien des mois peuvent s'écouler avant que le kyste ait pris un pareil développement, le chirurgien n'a d'autre ressource pour asseoir son diagnostic que la ponction et l'examen du liquide retiré par l'aspiration.

« 6° Le pronostic est sérieux en ce qui concerne l'organe de la

vision, puisque sur 26 cas, il y a eu 8 fois perte de l'œil par désorganisation de l'organe, 12 fois perte complète ou à peu près complète de la vision probablement par atrophie du nerf optique et 3 fois seulement conservation parfaite de la vue. La guérison de ces tumeurs est la règle lorsqu'elles sont opérées à temps ; nous relevons 24 guérisons et 2 décès (observation I, pas d'opération; et observation XXI; la tumeur de l'orbite communiquait avec la fosse cérébrale.) »

Sans doute, le pronostic des kystes hydatiques de l'orbite est grave au point de vue des fonctions de l'œil; mais cependant cette gravité tient en grande partie au retard apporté dans l'intervention. Si dans un certain nombre de cas le bulbe lui même est désorganisé, le plus souvent la perte de la vue n'est que la conséquence d'une névrite optique à marche relativement lente. Or cette névrite n'est-elle même que le résultat de la compression des tractus optiques. Que cette compression soit supprimée par l'évacuation du liquide et la fonction peut être en partie conservée. De là l'indication d'agir de bonne heure.

« 7° Le traitement de ces tumeurs doit être le suivant : Faire une ponction exploratrice pour assurer le diagnostic, et dès que l'on est certain que l'on a affaire à un kyste hydatique, inciser largement, maintenir l'ouverture béante à l'aide d'une mèche ou mieux d'un tube de drainage, et attendre, pour extraire la membrane d'enveloppe, le moment où la vésicule se présente d'elle-même entre les lèvres de l'incision. »

Le Dr Dieu s'est trouvé conduit à rejeter la ponction simple, les injections iodées, et à préconiser une ouverture aussi large que possible de la tumeur par les phénomènes observés chez sa malade. Notre confrère, en effet, au moment de la ponction aspiratrice n'avait constaté aucune lésion grave du nerf optique, et le résultat immédiat de l'extraction du liquide avait été de permettre à l'opérée de compter les doigts à 50 centimètres de distance. Pourquoi ce rétablissement partiel de la vision n'a-t-il qu'une durée limitée? Pourquoi la vue s'est-elle ensuite définitivement obscurcie, et par quel mécanisme s'est produite l'atrophie du nerf optique constatée quelques jours plus tard?

Pour notre distingué confrère cette dégénérescence n'est pas le fait de l'élongation prolongée du nerf, puisqu'elle n'existait pas lors de la première intervention; elle est la conséquence des phénomènes inflammatoires qui se sont développés dans la poche et à son pourtour après l'évacuation du liquide. Aussi se reproche-t-il de n'avoir pas, sitôt le diagnostic assuré, ouvert largement la tumeur, pour diminuer l'intensité de la réaction.

L'explication donnée par le Dr Dieu, du développement rapide

de l'atrophie du nerf optique mérite d'être prise en sérieuse considération. Il est certain, et nous l'avons observé nous-même, que la ponction aspiratrice est souvent suivie d'une violente inflammation, qui de la poche se propage aux tissus voisins; d'un gonflement considérable qui doit singulièrement aggraver la compression du nerf visuel. Le kyste se remplit de liquide, il s'enflamme et suppure. L'œil est de nouveau rejeté hors de l'orbite et la vue un instant rétablie s'obscurcit et disparaît bientôt complètement. De plus les accidents sont aigus et persistent jusqu'à ce que la tumeur soit ponctionnée une seconde fois, ce qui n'est qu'un palliatif, ou largement ouverte et maintenue ouverte.

Puisque aussi bien une large ouverture est nécessaire, mieux vaut la faire immédiatement, et, sur la canule de l'aspirateur comme guide, conduire le bistouri pour exécuter ces débridements. Mais la chose est-elle toujours possible? Nous l'avons tentée et nous n'avons pas réussi. Et nous avons échoué parce que la poche s'était affaissée après le retrait du liquide et parce qu'elle était située dans la profondeur de l'orbite, derrière le globe oculaire. La conduite à tenir doit forcément varier avec les circonstances. Quand la tumeur est saillante, facilement accessible, il est indiqué aussitôt le diagnostic assuré de l'ouvrir aussi largement que possible. Au lieu donc de vider complètement la poche, il faut arrêter l'aspiration après l'issue d'un peu de liquide transparent et sur la canule servant de conducteur faire les débridements nécessaires. Puis un tube à drainage de gros volume sera conduit jusque dans la poche pour assurer l'écoulement des liquides sécrétés. Ainsi sera réduit au minimum le gonflement inflammatoire qui suit la suppuration du kyste. En même temps cette large ouverture permet à la membrane d'enveloppe, et avant elle aux hydatides isolées qu'elle peut contenir, de s'échapper au dehors.

Lorsque le kyste est profondément situé, difficilement accessible et de petit volume, cette conduite n'est pas toujours possible et force est au chirurgien de se guider sur les conditions spéciales qu'il rencontre. Mais en somme, le but doit toujours être d'amener le plus vite possible l'élimination de la poche kystique pour éviter des lésions irrémédiables du nerf optique ou du globe oculaire lui-même.

Messieurs, en terminant ce rapport, j'exprime le regret que l'étendue forcément limitée de notre bulletin ne nous permette pas de publier le mémoire de M. le Dr Dieu. Je vous propose donc : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur; 2° de déposer son travail dans nos archives; 3° de l'inscrire dans un rang honorable sur la

liste des candidats au titre de membre correspondant national de notre société.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Observation de fracture de rotule, par M. Henriet.

Rapport par M. Richelot.

M. Henriet nous a envoyé la relation d'un cas de fracture de rotule qui démontre, de la manière la plus nette, le rôle des muscles dans le rétablissement des fonctions du membre.

Il s'agit d'un homme ayant eu jadis de la paralysie infantile, et dont le triceps était fort affaibli. Un jour, cet homme se fait une fracture de la rotule par cause musculaire, et cet accident, méconnu tout d'abord, se traduit bientôt par un écartement de quatre travers de doigt. Pendant que s'effectue la guérison de la fracture, on améliore l'état du triceps à l'aide de frictions, de massages, d'électricité. Lorsque le malade se lève, on constate qu'il marche beaucoup mieux qu'avant sa fracture.

Il n'est pas douteux que cette amélioration n'est pas due à la fracture de la rotule, mais bien à l'amélioration du muscle paralysé. Avec la faiblesse musculaire, la rotule étant intacte, la marche était bien plus difficile qu'avec un écartement rotulien considérable coïncidant avec des muscles sains.

Nous voyons tous les jours un phénomène analogue, lorsque nous suivons d'anciens fracturés de rotule et que nous constatons l'amélioration progressive de la marche, alors cependant que l'écartement rotulien augmente de jour en jour.

Je vous propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Observation de suture nerveuse, par M. Chrétien.

Rapport par M. Richelot.

Dans une précédente séance, j'ai rapporté plusieurs cas de sections nerveuses, et j'ai déclaré que si la sensibilité se rétablissait à la suite de semblables blessures, cela résultait non pas d'une régénération nerveuse, mais bien de l'établissement de voies collatérales par lesquelles pouvait s'effectuer le passage de l'influx nerveux. Ces voies collatérales, ai-je ajouté, font à peu près complètement défaut pour les filets nerveux moteurs, aussi les mouve-

ments ne réapparaissent-ils pour ainsi dire jamais. Dans les cas tout à fait exceptionnels où ils réapparaissent, on peut invoquer certaines anastomoses nerveuses dont l'existence est loin d'être constante.

Comme conséquence de cette manière de voir, j'ai ajouté que si la suture nerveuse était une opération rationnelle, c'était, par contre, une opération inutile, chez l'homme, au point de vue du rétablissement des fonctions.

M. Chrétien nous a envoyé une observation qui est en complet désaccord avec cette manière de voir.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans qui s'était fait une plaie du nerf médian au-dessus du poignet ; on sutura les deux bouts du nerf, et dix-huit mois après, on constatait que les mouvements d'opposition du pouce, abolis au moment de l'accident, étaient redevenus normaux. Il n'y avait aucune différence notable entre l'énergie des mouvements du côté malade et ceux du côté sain.

J'ai trouvé dans le journal anglais *la Lancette*, un cas analogue. Il s'agissait d'une section du radial, accompagnée de paralysie complète des extenseurs. On fit la suture, et douze mois après on constatait le rétablissement des fonctions musculaires.

Ce sont là d'importants documents dans la question des plaies des nerfs, qui est encore si obscure à l'heure actuelle.

Je vous propose de publier dans nos Bulletins l'observation de M. Chrétien, suivie d'un résumé de l'observation de *la Lancette* anglaise.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Plaie du nerf médian ; suture des deux bouts ; régénération et restauration fonctionnelle.

Par le Dr CHRÉTIEN (de Nancy).

M. Richelot a fait récemment à la Société de chirurgie (23 mai, 1883), une communication sur l'innervation collatérale, à propos d'une résection du nerf médian. De la lecture de cette note, ainsi que de la discussion qui l'a suivie, il résulte :

1° Que la suture d'un nerf sectionné reste sans résultat sur le rétablissement de ses fonctions sensitives et motrices ;

2° Que le retour de la sensibilité dans la zone d'irradiation de ce nerf se fait par voie collatérale, et est due aux anastomoses qui l'unissent à ses voisins, au-dessous de la plaie ;

3° Que le retour de la motricité dans les muscles innervés par le nerf sectionné, puis suturé, ne s'observe pas, et qu'il n'y a pas même ici à espérer, comme pour le rétablissement de la sensi-

bilité, l'action d'une innervation collatérale par voie d'anastomose.

C'est cette négation de la possibilité de la réapparition de la motricité dans les muscles, après la division et la suture de leur nerf, qui m'engage à soumettre à la Société de chirurgie l'observation suivante de laquelle il semble résulter nettement que les muscles peuvent, au moins chez des sujets encore assez jeunes, récupérer leurs fonctions.

Le 29 août 1881, M. K..., âgé de 18 ans, descendant rapidement l'escalier d'une cave, fait un faux pas et tombe. Dans cette chute, le poignet gauche porte, par sa face palmaire, sur un fragment de bouteille, d'où une plaie large et profonde, s'étendant sur la plus grande partie de la largeur de l'extrémité inférieure de l'avant-bras, passant un peu au-dessus du trajet d'une ligne qui unirait les sommets des deux apophyses styloïdes, et intéressant plusieurs des tendons fléchisseurs, le nerf médian, et l'une des veines collatérales de l'artère radiale. Cette dernière fut épargnée.

L'appareil d'Esmarch étant appliqué, je procédai, à l'aide de fils de catgut, à la suture des deux bouts du nerf, puis des bouts correspondants des tendons divisés. Les lèvres de la plaie cutanée furent réunies à leur tour, et le poignet immobilisé dans la flexion. Un mois et demi après l'accident, mon collègue et ami le D[r] Spillmann commença la série des séances d'électrisation qui furent faites, les électrodes étant promenés et sur le trajet du nerf et sur sa zone d'irradiation.

A peine arrivé auprès de ce jeune homme, j'avais soigneusement recherché l'état de la sensibilité de la face palmaire des doigts innervés par le nerf médian, et l'état de la motricité, du côté des muscles de l'éminence thénar. J'avais constaté nettement non seulement l'insensibilité classique, mais aussi un manque absolu du mouvement d'opposition du pouce : le malade pouvait seulement le rapprocher de l'index, sans l'opposer à lui. Il n'y avait donc pas à douter de la paralysie des muscles court adducteur, opposant, et court fléchisseur, animés par le médian, et agents du mouvement d'opposition du pouce, tandis que l'adducteur, innervé par le cubital, conservait ses fonctions.

Je laisse de côté, dans cette observation, tout ce qui est relatif aux dates et à l'ordre de la réapparition successive des diverses sortes de sensibilité au contact, au froid, au chaud, à la douleur, à l'électricité, et je me borne à mentionner l'absence de tout trouble trophique, pour ne m'occuper maintenant que de la réapparition de la motricité. Elle ne sera étudiée que sur les seuls muscles de l'éminence thénar innervés par le médian, puisque les deux premiers lombricaux se dérobent à nos moyens d'investigation.

Dans le courant du mois de novembre, c'est-à-dire environ deux

mois et demi après l'accident, le malade qui, jusque-là, n'avait pu exécuter avec son pouce aucun mouvement d'opposition, commençait à lui faire faire un mouvement s'en approchant davantage, mais encore bien imparfait. En écartant d'une main le pouce des autres doigts, pendant que de l'autre on saisissait les muscles de l'éminence thénar entre le pouce et l'index, on sentait un certain degré de durcissement des muscles les plus superficiels de l'éminence thénar, c'est-à-dire des muscles animés par le médian, lorsque le malade voulait exécuter un mouvement d'opposition. Précédemment ces muscles restaient flasques, et il était facile de sentir que l'adducteur seul se contractait.

En mars 1882, soit 4 mois plus tard, je constate que le mouvement d'opposition s'exécute bien mieux; le malade, du reste, commence à se servir plus facilement de sa main.

Le 25 janvier dernier, c'est-à-dire près de 18 mois après l'accident, je revois ce malade ; le mouvement d'opposition est facile et correct. On sent très nettement les muscles superficiels de l'éminence thénar se durcir sous le doigt lors de leur contraction. Il n'y a aucune apparence d'atrophie musculaire, et la déformation du pouce indiquée par M. Létiévant comme caractéristique de la paralysie du nerf médian fait défaut.

Pour éviter plus sûrement toute possibilité d'erreur, je priai M. le professeur Beaunis de vouloir bien explorer, à l'aide des procédés plus précis de la physiologie, outre la sensibilité des téguments, l'état des muscles qui président au mouvement d'opposition du pouce. Il employa l'appareil de Du Bois-Reymond (4 éléments, chocs successifs), et pratiqua l'excitation unipolaire en appliquant un tampon sur la peau de la poitrine, tandis qu'une aiguille, portant une petite éponge, était placée sur les muscles à explorer.

Du côté sain, à 34°,5 du chariot de Du Bois-Reymond, il n'obtient qu'un mouvement d'opposition peu accusé ; même chose du côté où le médian avait été sectionné. Mais, à 35°, les mouvements d'opposition et de flexion du pouce se produisirent d'un côté comme de l'autre, les différences étant à peine sensibles entre le côté sain et le côté où le médian avait été divisé. En portant l'excitation au-dessus de la cicatrice, sur le trajet du nerf, il obtint avec le même courant les mêmes mouvements, mais moins accusés. Ici encore, la différence entre les résultats obtenus du côté sain et du côté opéré était presque nulle.

En résumé, il y a eu, chez le sujet qui fait l'objet de cette observation, une section du nerf médian au-dessus du point d'émergence de celle de ses branches qui va aux muscles court abducteur et opposant et court fléchisseur du pouce, d'où une paralysie de ces muscles, qui président au mouvement d'opposition, en même

temps qu'une abolition de la sensibilité dans la zone d'irradiation des filets cutanés du nerf. — Deux mois et demi après l'accident, la motricité commençait à réapparaître dans ces muscles; six mois après, elle avait fait de nouveaux progrès, et enfin, au bout de dix-huit mois, le mouvement était redevenu presque identique à celui du pouce du côté opposé.

Le durcissement des muscles qui provoquent le mouvement d'opposition, facile à constater, lors de leur contraction, le résultat de leur excitation, à l'aide de courants électriques, faite par M. le professeur Beaunis, comparativement avec celle des mêmes muscles du pouce du côté opposé, ne permettent pas de supposer, au cas particulier, que les mouvements d'opposition constatés aient été produits par l'action des muscles voisins suppléant ceux qui sont paralysés. La théorie de la motilité suppléée, telle que l'admet M. Létiévant, ne saurait donc pas trouver ici son application.

Le rétablissement de la contractilité étant indéniable, il reste à se demander si l'incitation motrice à laquelle ces muscles obéissent leur est transmise par le médian, ou au contraire par la voie collatérale de l'anastomose du cubital avec le médian, chose possible d'après M. Onimus. Le résultat positif fourni par l'excitation du médian au-dessus de la cicatrice, résultat presque identique à celui que donna l'excitation portée à la même hauteur sur le nerf médian du côté opposé, est suffisant pour faire croire que, dans le cas qui est l'objet de cette observation, l'incitation motrice suivait la voie normale du nerf médian.

D'où cette conclusion que la réunion, par une suture, des deux bouts d'un nerf divisé peut, *même chez l'homme*, dans des limites d'âge qu'un plus grand nombre de faits permettra de mieux déterminer, provoquer le rétablissement des fonctions motrices de ce nerf.

H. Chrétien.

Un cas de suture du nerf radial six mois après sa division complète, avec réintégration fonctionnelle douze mois après l'opération,

Par Pick.

William C..., âgé de 13 ans et demi, est admis à l'hôpital le 21 septembre 1881.

Il raconte qu'il y a environ six mois, il reçut dans le bras gauche un peu au-dessus du pli du coude un coup de couteau de table effilé et tout ébréché.

La blessure pansée séance tenante était cicatrisée au bout d'environ quinze jours.

Aucun médecin n'avait été appelé.

D'après le récit du malade et celui de sa mère, une fois la cicatrisation opérée, il aurait recouvré l'usage de son bras et de sa main absolument comme si rien ne se fût passé.

Sur ce point tous deux sont parfaitement affirmatifs. Mais, peu après, le jeune blessé commença à remarquer une certaine faiblesse dans l'extension de la main gauche, une tendance légère à la flexion. Maître d'abord des mouvements d'extension des doigts, il finit par perdre complètement ce mouvement et le poignet resta fléchi d'une façon permanente. Puis survinrent l'atrophie et le refroidissement graduels de l'avant-bras, et l'impotence fonctionnelle devint peu à peu de plus en plus complète.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on observe les traces d'une cicatrice située à environ quatre doigts au-dessus et un peu en arrière du condyle externe de l'humérus gauche. Cette cicatrice mesure, dans sa longueur, environ trois quarts de doigt, elle n'adhère ni à l'os ni aux autres parties profondes.

A son niveau, l'humérus paraît irrégulier et bossué, et la pression sur la cicatrice éveille de la douleur. Les muscles de l'avant-bras sont atrophiés, particulièrement les muscles supinateurs et les extenseurs. Le poignet et les doigts sont fléchis, les mouvements d'extension ont disparu.

La température de l'avant-bras malade, comparée à celle de l'avant-bras du côté opposé, est sensiblement diminuée.

L'exploration de la température des espaces interdigitaux des doigts innervés par le radial, exploration pratiquée avec le thermomètre médical ordinaire, accuse un refroidissement de 2 degrés, comparée à la température de l'espace interdigital correspondant du côté sain.

Le 6 octobre 1881, on applique la bande d'Esmarch et l'on pratique une incision longue de deux doigts juste au-dessous de la cicatrice et sur le trajet du nerf radial, que l'on met bientôt à nu.

La division du nerf est complète ; les deux extrémités séparées l'une de l'autre de $0^{m},015^{mm}$ ne sont unies que par un peu de tissu conjonctif.

Le bout central se termine par un renflement bulbeux ; le bout périphérique, aminci, adhère à l'os sous-jacent, dont on le sépare par dissection.

Le névrome du bout central étant extirpé, les deux extrémités sont ravivées, confrontées et réunies par une suture de fin catgut. Pansement antiseptique de la plaie.

Pendant les six premières heures qui suivent l'opération, le malade accuse des douleurs vives qui se calment subitement le soir même du jour de l'opération, et permettent au malade de reposer tranquillement. La cicatrice prend un certain temps pour s'effectuer ; en fait, elle n'est guère complète qu'après un mois environ.

Au bout d'une quinzaine de jours, il semble que les mouvements reparaissent, mais très faibles ; l'opéré affirme que la sensibilité est amendée, mais il y a lieu de soupçonner sur ce point un certain degré

d'exagération de la part du malade, exagération suggérée par la crainte d'une nouvelle opération.

Toutefois, il est certain que la température du membre opéré subit une certaine ascension, car, à la sortie du malade, l'exploration thermométrique n'accusait plus aucune différence entre les deux côtés.

Le malade resta en observation jusqu'au 23 décembre 1881, jour où il obtint son *exeat*, avec recommandation de se représenter au bout de trois mois.

Au moment de la sortie, le poignet était encore pendant; mais les doigts pouvaient se mouvoir légèrement et les muscles, à en croire certaines appréciations, présentaient un peu plus de développement qu'au moment de l'admission à l'hôpital.

Quant au long supinateur, loin de se développer, il avait dégénéré en une simple corde que l'on pouvait pincer entre le pouce et l'index.

On n'entendit plus reparler du jeune malade jusqu'au mois de juillet de cette année 1883, où, s'étant mis à sa recherche, M. Coltart, d'Epsom, le découvrit dans cette ville et nous l'adressa immédiatement.

Le nerf a complètement recouvré ses fonctions. La sensibilité est parfaite, et les mouvements d'extension du poignet et des doigts s'exécutent avec autant de précision que du côté opposé.

Le développement des muscles n'est pas aussi grand que pour le bras droit; mais on voudra bien observer que c'est celui-là surtout que le malade exerce dans son travail manuel.

Le sujet n'est guère capable de donner une relation exacte des conditions de temps dans lesquelles l'amélioration s'est montrée positive; mais, d'après ce que l'on peut comprendre, il semble fort probable qu'il n'y ait aucun amendement très marqué avant les douze mois au moins qui suivirent l'opération.

L'examen microscopique de l'extrémité bulbeuse du nerf a montré que cette tuméfaction était principalement due à l'hypertrophie du périnèvre et à l'interposition entre les faisceaux nerveux d'une certaine quantité de tissu conjonctif.

Les tubes nerveux étaient comprimés et les cylinder-axis complètement atrophiés. (*Suture of the musculo-spinal nerve six months after its complete division with complet restoration of its functions about twelve months after operation. The Lancet*, 4 aug. 1883.—Voyez aussi : *The Lancet*, 16 june 1883 : *A case of suture of the musculo-spiral nerve performed five months after its complete division*, par Holmes.)

Présentation de malades.

1° *Genu valgum double, opéré par l'ostéoclasie, à l'aide de l'appareil de M. Collin. Présentation du moule des genoux avant l'opération,*

Par M. Polaillon.

La malade que je présente à la Société avait, depuis son enfance, les genoux notablement déviés en dehors. A 14 ans, elle eut une fièvre typhoïde, après laquelle on constata une croissance très marquée et une augmentation considérable de la déviation de ses genoux. Elle avait 15 ans et demi, lorsqu'elle entra dans mon service de la Pitié, le 13 juin dernier.

Elle présente le facies du tempérament strumeux, et elle porte une adénite cervicale suppurée.

Le genu valgum est un peu plus accusé à gauche qu'à droite. Lorsque la malade est debout et que les genoux sont rapprochés de manière à se toucher, l'écartement des deux malléoles internes mesure 18 centimètres. On peut juger, d'ailleurs, du degré très considérable de la difformité par les deux moules que je mets sous les yeux de mes collègues.

La marche était très gênée. En effet, pour porter les jambes en avant, la petite malade était obligée de les traîner en fauchant. Dans ces mouvements l'un des genoux décrivait alternativement autour de l'autre un demi-cercle, ce qui produisait au niveau du bassin et du thorax un double mouvement de torsion et de balancement. La course et le saut étaient impossibles.

Le 30 *juin.* — Chloroformisation complète. Application sur le membre gauche de l'appareil imaginé par M. Collin, pour produire l'ostéoclasie au-dessus des condyles du fémur. M. Verneuil avait bien voulu nous assister dans l'opération, et M. Collin manœuvrait lui-même l'ostéoclaste. La partie inférieure du fémur fut infléchie en dedans jusqu'à faire un angle presque droit avec l'axe de la partie supérieure. A ce moment on entendit un craquement, qui indiqua que l'os avait cédé. Application immédiate d'un bandage plâtré pour maintenir le membre dans la rectitude.

Aucun accident consécutif.

Le 24 *juillet.* — Chloroformisation et ostéoclasie du fémur droit avec le même instrument de M. Collin. Dès que la fracture et le redressement eurent été obtenus, immobilisation du membre dans un bandage plâtré.

Le 21 août, le bandage du côté gauche fut enlevé, et le 20 sep-

tembre celui du côté droit. Les fractures étaient parfaitement consolidées, et les genoux étaient complètement redressés.

Il est utile de faire remarquer que les genoux ne présentaient pas d'épanchement intra-articulaire et que leurs mouvements étaient libres.

La petite opérée commença à marcher avec des béquilles, puis peu à peu sans soutien.

Actuellement, quatre mois après la seconde opération, non seulement la marche est facile, mais encore la course et le saut s'exécutent sans difficulté, comme chez une personne bien conformée du même âge.

On peut voir que dans la station debout, les deux malléoles sont en contact, et que les genoux ne se touchent presque pas, ce qui prouve que les genu valgum sont absolument redressés.

En examinant à distance cette jeune fille, on constate que ses membres inférieurs sont d'aplomb et bien conformés; et on ne se douterait pas qu'elle a subi une opération pour un genu valgum double.

Mais si l'on explore par le toucher la partie inférieure des fémurs, on sent, à droite, un épaississement osseux immédiatement au-dessus des condyles, et, à gauche, un véritable cal à quatre travers de doigt au-dessus des condyles. La fracture s'est donc produite plus haut sur le fémur droit que sur le fémur gauche. Mais cette différence dans le siège de l'ostéoclasie ne nuit ni à la forme ni aux fonctions des membres inférieurs.

L'observation que je viens de rapporter est certainement un succès pour l'ostéoclasie.

2° *Lithiase parotidienne et tumeur érectile (angiome caverneux) de la joue*,

Par M. Paul Berger.

La tumeur que ce malade, âgé actuellement de 30 ans, porte à la joue gauche, remonte à plus d'une quinzaine d'années : elle s'est développée lentement sans donner lieu à aucune espèce d'accidents. — On peut voir qu'elle occupe les régions génienne et massétérine, saillante surtout au niveau de la première; qu'elle est mal limitée dans ses contours, et qu'elle ne s'accompagne d'aucune modification de la couleur de la peau. A la palpation, elle se présente comme une tuméfaction mollasse, possédant au premier abord et quand elle est très tendue des apparences de fluctuation, mais non une fluctuation réelle. Elle cède sous les doigts qui ne peuvent lui assigner de limites bien précises. — En un point, au-dessus du

bord inférieur de l'os malaire, on sent un corps arrondi, gros comme un pois, très dur, qui par moments paraît se cacher sous la saillie de cet os, mais qui le plus souvent peut être saisi entre les doigts placés sur la joue et celui que l'on introduit dans la bouche.

Tel était l'état de ce malade à son entrée au service de clinique de la Charité, le 20 septembre 1883; seulement, à la place de la petite tumeur dure et mobile que l'on sent actuellement à la joue, et qui ne pouvait encore être reconnue, on en sentait une autre, de même volume et de même consistance, mobile également, placée immédiatement sous la muqueuse, au niveau de la fosse canine.

Le malade racontait que deux ans auparavant une production semblable lui avait été enlevée par un médecin, au moyen d'une incision cutanée; qu'elle était blanche et absolument analogue à de l'os.

En raison de ce commémoratif, de la proximité de la tumeur du bord alvéolaire et de ses caractères physiques, je pensai à une anomalie dentaire, à un follicule surnuméraire développé dans les parties molles de la joue (les dents correspondantes étaient saines et ne présentaient pas de diminution de nombre), ou mieux à un grand kyste dermoïde de la joue, contenant peut-être des productions de dentine.

J'enlevai la tumeur sous-muqueuse par une incision faite dans la bouche : elle s'émietta facilement; elle apparut alors comme une sorte de calcul, apparence que sa section confirma aussitôt : elle présentait une disposition, par couches concentriques, analogue à celle que présentent la plupart des calculs inorganiques. La pensée me vint alors qu'il s'agissait d'un calcul salivaire, opinion à laquelle je ne m'étais pas arrêté d'abord, en raison du siège de la tumeur, et que la tuméfaction de la joue pourrait bien n'être qu'une dilatation énorme du canal de Sténon ou un kyste formé par sa rupture. En effet, immédiatement après l'incision, mon interne, M. Ricard, qui pressait sur la joue, l'avait sentie s'affaisser, et nous avons pu constater la disparition de la tuméfaction. Cependant la sonde cannelée, introduite par l'incision, ne jouait pas comme dans une cavité libre; une injection faite dans ce trajet détermina (comme la seringue renfermait un peu d'air) de l'emphysème de la joue; en outre, la tumeur réapparut presque aussitôt avec ses caractères. J'admis donc l'existence d'une lithiase du canal de Sténon, avec altération de son orifice (j'avais inutilement tenté de le cautériser à plusieurs reprises) et coexistence d'un lipome, dû au développement anormal de la boule de Bichat.

L'examen clinique du calcul, fait par M. Fauconnier, élève du

service, au laboratoire de M. Wurtz, a démontré qu'il présentait la constitution des calculs salivaires, et qu'il était formé de carbonate, de phosphate calcaire et d'une matière organique insoluble dans les acides.

Mais ne voilà-t-il pas, l'incision pratiquée dans la bouche était à peine refermée, que nous voyons descendre en quelque sorte à la joue un nouveau corps dur et mobile, analogue au premier, mais situé plus haut et plus en arrière. — Nouveau calcul salivaire, évoluant comme les deux premiers, quittant les régions de la partie accessoire pour gagner la partie inférieure et antérieure de la joue. — et que je constate un fait singulier qui jette quelque lumière sur le diagnostic jusqu'alors obscur de la tumeur molle de la joue, tout en rendant l'interprétation du cas lui-même plus difficile encore.

La tumeur de la joue est réductible par les pressions ; elle est réductible graduellement, lentement,. et quand l'affaissement est complet la joue pend flasque et ridée; mais peu à peu on la voit se gonfler et se tendre de nouveau, l'accroissement du volume se prononce et devient considérable lorsque le malade fait des efforts, baisse la tête, ou qu'on lui comprime le cou, en un mot dans toutes les circonstances qui, gênant le cours du sang en retour, déterminent l'augmentation de la tension sanguine à la tête. Ce caractère indique donc la nature vasculaire de la tumeur; en l'absence des pulsations et du souffle qui accompagnent les tumeurs artérielles, des dilatations veineuses qui révèlent l'existence des tumeurs veineuses d'ailleurs rares à la face, il nous faut admettre l'existence d'une tumeur érectile, véritable angiome caverneux développé au niveau de la boule graisseuse de Bichat. Ce diagnostic est du reste confirmé par deux ponctions aspiratrices qui ont ramené une assez notable quantité de sang pur.

Voici maintenant les points sur lesquels j'interroge mes collègues : Peut-on rattacher par un lien pathogénique l'existence de cet angiome et la lithiase salivaire ainsi que l'oblitération du canal de Sténon qui existe chez ce malade? Peut-on essayer de quelque moyen pour faire disparaître cette tuméfaction qui est disgracieuse et gênante pour le malade? Les injections coagulantes me paraissent ici d'une application dangereuse en raison de la communication évidemment large de la tumeur avec le sytème veineux et de la difficulté qu'il y aurait à la circonscrire par une compression circonférencielle. L'électrolyse ne serait-elle pas mieux indiquée? Mais ne devrait-on pas craindre en provoquant une organisation fibreuse, par laquelle seulemeut on peut amener la cure, de produire un ectropion encore plus désagréable pour le malade que son infirmité actuelle.

M. Reclus. J'ai observé une tumeur analogue, mais plus volumineuse, et en communication directe avec la veine jugulaire externe. Le malade a été traité par M. Le Fort au moyen de l'électrolyse, et cette dernière paraissait donner de bons résultats lorsque j'ai perdu le malade de vue.

M. Polaillon. J'ai observé un malade semblable, et je l'ai traité avec succès par les injections coagulantes. Toutefois, j'ai eu soin, au moment de l'injection, d'isoler la tumeur à l'aide d'une pince spéciale : l'un des mors de cette pince était plat, je le mis dans l'intérieur de la bouche, derrière la tumeur, tandis que l'autre mors, en forme d'anneau, placé à l'extérieur, l'entourait à sa base.

M. Després. Je ne suis pas persuadé qu'il s'agisse là d'une tumeur vasculaire; je me demande s'il ne s'agit pas bien plutôt de l'une de ces dilatations kystiques du canal de Sténon, décrites dans la thèse de Closmadeuc.

En conséquence, et avant de faire autre chose, je chercherais l'orifice de ce canal, et au besoin je l'agrandirais.

M. Berger. J'ai songé, cela va sans dire, à l'hypothèse de M. Després, mais je l'ai rejetée pour les raisons suivantes, qui me paraissent péremptoires :

La tumeur n'augmente pas de volume pendant la mastication. Au lieu d'être distendue, comme c'est le cas dans les kystes salivaires, elle est mollasse, pâteuse. Elle est éminemment réductible, et cette réductibilité ne s'accompagne d'aucune dilatation appréciable de la glande parotide. Quant au canal de Sténon, je l'ai cherché, mais je ne l'ai pas trouvé.

Présentation d'instruments.

M. S. Pozzi présente une série d'instruments employés par divers auteurs pour la ligature élastique et communique la note suivante :

Sur la technique de la ligature élastique du pédicule utérin dans l'hystérotomie abdominale.

La ligature élastique du pédicule dans l'hystérotomie tend de plus en plus à se généraliser, quoi qu'en aient dit quelques-uns de nos collègues. J'ai donc cru qu'il ne serait pas inutile de rechercher et de rapporter ici brièvement les procédés qui ont été mis en usage pour la pratiquer. Cette tâche est rendue assez difficile par le manque de détails de la plupart des relations. Voici toutefois quelques documents à ce sujet :

B. Kleeberg (d'Odessa) [1] s'est servi de drains en caoutchouc non percés et conservés dans l'eau. Ainsi maintenus humides ils sont, d'après lui, moins friables. Il enfonce dans le col utérin un trocart de un centimètre d'épaisseur; c'est par la canule de ce trocart qu'il introduit quatre tubes élastiques de un demi-centimètre de grosseur. Il les noue deux par deux, de chaque côté de la tumeur qu'il enlève avec le bistouri. Avant de nouer les tubes, on tire dessus aussi fortement que possible; chacun des nœuds est consolidé par une ligature de soie. Dans le cas rapporté par Kleeberg, où des artères plus grosses que la radiale furent coupées, il n'y eut aucune hémorragie. Il avait laissé le pédicule glisser dans le petit bassin, les huit bouts des tubes émergeant de la plaie ; huit autres tubes fenêtrés pour le drainage avaient en outre été introduits dans le petit bassin; tous les drains étaient fixés dans l'angle inférieur de la plaie et la cavité abdominale fermée par des sutures. Le moignon se détacha le 12ᵉ jour. Guérison.

J'ai rapporté la description de Kleeberg parcequ'elle est le premier procédé de ligature élastique que j'aie trouvé décrit. Je ne m'arrêterai pas à faire remarquer tout ce que cette pratique avait encore de défectueux. Quoi qu'il en soit elle a donné un beau succès.

Czerny [2] a ensuite employé heureusement la ligature élastique dans l'hystérotomie dès 1879, mais il n'est donné aucun détail sur le procédé qu'il a suivi dans le court résumé que contient le *Centralblatt f. Gyn.*

Ce n'est du reste qu'à partir de l'important mémoire d'Olshausen, que l'emploi des cordons et des tubes élastiques s'est fort répandu en Allemagne. Cet auteur décrit fort soigneusement son procédé.

Dans une hystérotomie sus-vaginale pratiquée le 27 juillet 1881, il procède ainsi : Un tube élastique d'environ 6 millimètres d'épaisseur est enroulé deux fois autour du pédicule, puis on le noue trois fois et les deux extrémités sont liées ensemble avec de la soie. Pour plus de sûreté on coud le tube au pédicule en deux points différents [3].

Fischer (de Hanovre) [4] lie ainsi (le 19 avril 1882) un pédicule membraneux, de l'épaisseur de trois doigts : Un cordon élastique solide, de 4 millimètres d'épaisseur, est passé deux fois autour du pédicule, les bouts en sont croisés et fixés avec une pince; on noue trois fois le cordon au devant d'elle, on lie les deux extrémités avec de la soie et on coud de chaque côté le lien élastique sur le moignon ; il est abandonné dans l'abdomen ; guérison.

[1] *St-Petersb. med. Wochensch.* XXVI nᵒˢ 1, 2, 1877 et nᵒ 41, 1879.
[2] *Centralblatt für Gynäkologie*, 1879, p. 519.
[3] *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 16, p. 180. 1881.
[4] *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Bd. 17, p. 417, 1882.

En somme, ce procédé est le même que celui d'Olshausen, sauf l'adjonction de la pince fixatrice qui aide beaucoup à la manœuvre et sauf la substitution d'un cordon plein au tube.

Hegar et Kaltenbach [1] décrivent longuement leur manière de faire, et figurent l'aiguille spéciale inventée par Kaltenbach pour passer une double ligature à travers le col utérin lorsque son épaisseur rendrait une ligature unique insuffisante. (Cet instrument, que je vous présente ici, ne me paraît pas plus commode que l'aiguille à manche de Péan, qui m'a suffi en pareil cas.) Une nouvelle description du procédé de Hegar a été publiée par un de ses élèves, Kasprzik [2], et c'est à l'aide de ces deux documents que je vais rapidement la résumer. Je l'ai du reste vue pratiquer par l'auteur.

Hegar se sert de tubes élastiques en caoutchouc noir, épais, dont le diamètre est de 5 à 6 millimètres. Il a soin d'appliquer le tube après l'avoir très fortement tiré; les deux chefs en sont ensuite croisés au devant du pédicule et sur l'entrecroisement on place une pince fixatrice spéciale (que voici) à mors plats et arrondis; elle maintient la ligature jusqu'au moment où on l'enlève ou bien où on la fixe définitivement. — La ligature élastique provisoire paraît en effet rendre de grands services, même lorsqu'on a ensuite recours à un autre procédé pour le traitement définitif du pédicule. — Si l'on veut conserver la ligature élastique, avant de retirer la pince on procède ainsi : Un fil de soie (conservé dans la solution de sublimé au millième) est passé derrière la pince, c'est-à-dire entre la pince et le pédicule, et noué sur le point où les tubes se croisent. Le premier nœud doit être un nœud passé deux fois (nœud du chirurgien). Pour plus de sécurité, on peut encore faire de même une autre ligature de soie en avant de la pince, après avoir exercé une légère traction sur le tube élastique pendant qu'on lie le fil de soie. On coupe ensuite les bouts des fils de soie au ras, et les extrémités des tubes sont aussi sectionnées après qu'on a cessé de tirer sur elles, de manière à ce qu'elles aient à ce moment toute leur épaisseur.

Thiersch [3] a mis en usage un artifice particulier pour fixer les bouts du cordon de caoutchouc dont il s'est servi après l'amputation sus-vaginale de l'utérus. Il les fait passer (à l'aide de la manœuvre que je vous montre) dans un anneau de plomb de 5 millimètres de diamètre après avoir entouré deux fois le pédicule, puis écrase avec une forte pince ce *tube de Galli* d'un nouveau genre.

[1] *Die Operative Gynäkologie*, 1881 (2e édit.), p. 435.
[2] *Berl. klin. Wochensch*, 1882, n° 12 (20 mars 1882).
[3] *Centralblatt für Gynäkologie* (7 octobre 1882), n° 40, p. 657.

Ce procédé a été repris tout récemment par Ahlfeld [1] qui l'applique au traitement intra-péritonéal du pédicule.

Je mentionne pour mémoire l'indication peu précise de Nieberding [2], qui prouve seulement que cet autenr a reconnu les avantages considérables de la ligature élastique dans l'hystérotomie.

Je n'ai pas l'intention de juger ici la question du traitement intra ou extra-péritonéal du pédicule en appuyant mon opinion sur les nombreux documents publiés. Qu'il me soit permis de dire simplement qu'à mes yeux et pour des raisons diverses — dont les principales sont la crainte de l'hémorragie et la grosseur des pédicules — le traitement extra-péritonéal, avec ligature élastique du pédicule sous deux broches croisées, doit être le *procédé de choix* dans l'hystérotomie (sauf peut-être pour les fibromes sous-peritonéaux pédiculés).

Howitz, de Copenhague [3], vient de lui devoir récemment une remarquable et bien exceptionnelle série de succès : sur huit hystérotomies, dont six amputations sus-vaginales de l'utérus, il a obtenu six guérisons.

L'emploi de la ligature élastique comme *moyen d'hémostase*, qu'il ne faut pas confondre avec son emploi comme *moyen d'exérèse*, ne mérite donc pas l'oubli où elle a jusqu'ici été laissée dans notre pays et il trouve dans l'hystérotomie une de ses plus importantes applications.

Ce n'est pas qu'on ne doive avoir recours exceptionnellement à d'autres procédés de fixation extérieure du pédicule qui peuvent s'imposer pour ainsi dire à l'opérateur. C'est ainsi, par exemple, que dans certains cas spéciaux d'énucléation de gros fibromes par la laparotomie, on pourra, à l'exemple bien connu de Moore (de Rochester) fixer les bords de la cupule utérine à la plaie abdominale au lieu de lier en plusieurs segments ou en masse l'énorme pédicule ; mais ce sont là des modifications de détail qui ne sauraient contredire une règle générale.

Restent les cas où la brièveté du pédicule est telle qu'on ne peut l'attirer à l'extérieur ou l'y maintenir sans danger.

Dans ces cas-là le traitement intra-péritonéal s'impose comme *procédé de nécessité*. Peut-on dans ce cas avoir recours à la ligature élastique ?

Kleeberg [4], Czerny [5] et Kaltenbach [6] avaient déjà pratiqué

[1] *Berichte und Arbeiten aus der Klinik zu Giessen*, 1881-1882, p. 286. Leipzig, 1883.

[2] *Aertzliches Intelligenzblatt*, 1882, n° 37, p. 416.

[3] *Centralbtatt für Gynäkologie* 1883, p. 432.

[4] *Loc. cit.*

[5] *In* Hegar et Kaltenbach, *loc. cit.*, p. 441.

[6] *In* Kasprzik, *loc. cit.*

occasionnellement la ligature élastique intra-péritonéale du pédicule quand Olshausen [1] est venu l'ériger en système. Se fondant sur des expériences faites sur des animaux, cet auteur prétendit que le tube élastique était parfaitement toléré, qu'il s'*encapsulait* dans le péritoine. Deux beaux succès d'hystérotomie suivis de guérison sans aucun accident ultérieur (obs. 7 et 8 de son tableau) sont venus tout au moins prouver que cette tolérance était possible sinon habituelle, dans l'espèce humaine comme chez les animaux. Hegar a depuis lors souvent employé ce procédé, bien qu'il ne paraisse pas le préférer définitivement à la ligature élastique extra-péritonéale du pédicule. Je ne connais pas sa statistique intégrale qui n'a pas, que je sache, été publiée, mais j'ai appris dans deux visites récentes à Fribourg, qu'il avait obtenu de nombreuses guérisons; il a, il est vrai, observé parfois des accidents inflammatoires du petit bassin plus ou moins graves, à la suite de l'abandon de la ligature. Il arrive le plus souvent, toutefois, que ces accidents sont très bénins, et se bornent à une sorte d'inflammation éliminatrice du lien élastique (sans doute préalablement séquestré) qui sort le plus souvent avec le pus d'un abcès rétro-utérin. J'ai vu Kaltenbach retirer ainsi du cul-de-sac postérieur du vagin les débris d'un tube chez une de ses anciennes opérées qui n'avait jamais présenté de phénomènes graves.

Ahlfeld [2] a publié deux observations de ligature élastique perdue dans l'hystérotomie. Une de ces malades est morte de septicémie au 9e jour (faute de drainage, d'après ce qu'affirme l'auteur); la seconde guérit parfaitement; au bout de trois mois, elle élimina son tube élastique sans aucun accident sérieux. Je rappelle que ce lien est fixé par Ahlfeld avec un anneau de plomb, ce qui n'est pas fait pour favoriser sa tolérance. J'ai cité plus haut le succès obtenu par Fischer avec la ligature élastisque et l'abandon du pédicule.

En somme, la question est encore à l'étude. Mais elle s'impose à l'attention de tous les opérateurs. Quand la méthode intra-péritonéale est la seule possible on aura désormais à choisir entre trois grands procédés de traitement du pédicule; celui de Schröder, qui n'assure pas toujours complètement ni contre l'hémorragie ni contre la septicémie d'origine vaginale; celui de Léopold, qui fait perdre beaucoup de temps et qui laisse dans le péritoine une trop grande quantité de fils; enfin la ligature élastique selon une des pratiques qui ont été décrites. L'un ou l'autre de ces trois procédés peut certainement être préféré, selon le cas. — Mais il en est un qui doit être considéré comme la règle, tandis que les autres ne sont que l'exception; et celui-là est, pour moi, la ligature élastique.

[1] *Loc. citato.*
[2] *Loc. cit.*

Il n'est pas douteux qu'en adoptant cette ligature on n'évite alors le grand danger de l'hémorragie consécutive que pour s'exposer à un autre danger, celui de l'intolérance du péritoine et de l'inflammation éliminatrice plus ou moins vive qui peut en résulter. Reste à savoir lequel de ces dangers est le moindre. Or il me semble que l'expérience a déjà suffisamment répondu. En présence des morts fréquentes dues à l'hémorragie tardive, en présence d'autre part des cas très nombreux où le lien élastique n'a provoqué que des accidents nuls ou sans gravité, j'adopterais à l'exemple d'Olshausen, de Hegar, de Fischer et de Ahlfeld, même dans le cas de ligature intra-péritonéale, cette méthode de traitement.

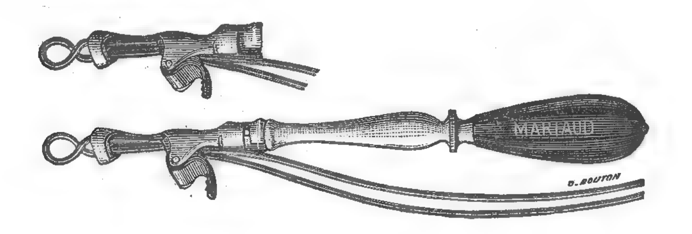
La question se réduit pour moi à savoir s'il ne faut pas favoriser alors l'élimination du caoutchouc (qui est fréquente, sinon fatale) en maintenant au dehors les extrémités des tubes ou des cordons élastiques, soit dans la partie inférieure de la plaie abdominale soit même dans le vagin. En vue de cette éventualité, j'ai fait construire un lien élastique dont la partie médiane longue d'un pouce environ est formée d'un cordon plein de 4 millimètres d'épaisseur devant servir à opérer la ligature du pédicule, tandis que ses deux extrémités, dont la longueur peut être plus ou moins grande, sont des tubes qu'il est aisé de fenêtrer aux ciseaux après la ligature faite, et d'amener où l'on désire faire le drainage, soit dans le cul-de-sac vaginal, soit à la partie inférieure de la plaie abdominale. — Je n'ai pas eu encore l'occasion de m'en servir.

Malgré les expériences de Ahlfeld[1] qui ne me paraissent nullement probantes, je préfère les *cordons* de caoutchouc aux *tubes* pour la ligature des moignons utérins. En effet, il n'est pas douteux *qu'à grosseur égale* les premiers ont une force beaucoup plus grande que les seconds. Or l'énergie de la constriction ne saurait ici être trop forte, car on n'a pas à craindre de sectionner un tissu aussi dense que celui de l'utérus. Il faut avoir soin de bien choisir la qualité du caoutchouc employé ; le *noir* m'a paru meilleur que le *rouge;* quant au *gris* il est encore moins bon. Je me suis servi — dans trois hystérotomies dont une suivie de succès que je publierai plus tard — de cordon rond, de 5 millimètres de diamètre environ ; il faut bien le désinfecter préalablement par le séjour dans une solution antiseptique.

L'application de la pince fixatrice de Hegar demande un certain temps et quelques tâtonnements. Pour éviter ces inconvénients j'ai fait construire un *ligateur élastique* qui opère d'emblée la constriction et la fixation du lien. Avant d'en donner la description rapide, je ne saurais trop insister sur ce fait que le lien de

[1] *Loc. cit.*

caoutchouc doit être fortement étendu avant d'être passé autour de la partie à étreindre. On s'expose sans cela à ne pas serrer la partie postérieure de l'anse. Donc, il faut être deux pour placer une ligature élastique. Tandis que l'opérateur passe au point voulu le lien étiré et tendu, l'aide qui tient le *ligateur* tire sur les extrémités du cordon et les fixe, en abaissant la pédale, au degré de constriction nécessaire, qu'on peut du reste toujours augmenter ensuite.



Mon *ligateur élastique*, construit par M. Mariaud, est très simple: Il se compose de deux pièces se démontant à volonté par un système de baïonnette, ce qui permet d'enlever le manche et de laisser au besoin en place, temporairement ou définitivement, la pièce antérieure qui assure la constriction. Cette dernière se termine par un anneau elliptique aplati, divisé à sa partie médiane par une barrette verticale qui facilite le croisement ultérieur du cordon. La tige qui lui succède est munie d'un excentrique sous lequel passe le cordon élastique; le simple abaissement d'une pédale mobile permet de fixer celui-ci solidement. On ne doit pas oublier que la pédale ne peut jouer facilement et utilement que si le cordon élastique est préalablement bien tendu.

Celui-ci étant fixé, si on veut fermer l'anse élastique définitivement pour la laisser en place, voici comment on doit procéder :

On retourne l'instrument de manière à ce que le cordon se croise sur la barrette. Avec une soie très forte on lie le point d'entre-croisement, en avant de l'instrument; le premier nœud doit être passé deux fois (nœud du chirurgien). On coupe la soie au ras. On opère alors une légère traction sur l'instrument, ce qui permet de placer une seconde ligature de sûreté, avec de la soie, à quelques millimètres de la première, et de la même manière. On relève ensuite la pédale, on relâche le lien élastique et on coupe ses extrémités à la longueur désirée.

Je crois ce petit appareil appelé à rendre pour la ligature élastique des services analogues à celui que le ligateur Cintrat a rendus pour l'application rapide et facile de la ligature métal-

lique, que la ligature élastique doit à mon sens remplacer dans la grande majorité des cas.

M. Lucas-Championnière. Je connaissais fort bien la ligature élastique du pédicule et la très intéressante communication de M. Pozzi ne démontre pas qu'elle soit bonne dans la méthode intra-péritonéale. Pour la méthode extra-péritonéale dont nous n'avions pas parlé l'autre jour, elle est peut-être meilleure; mais elle n'a pas encore été assez souvent pratiquée pour que nous soyons bien fixés sur sa valeur relative à celle du fil métallique sur laquelle nous avons beaucoup d'expérience. Je ne suis pas en principe opposé à son application et je me propose de faire des recherches nouvelles dans ce sens, mal satisfait que je suis de tous les procédés de constriction du pédicule.

M. Terrier. Je ne dirais pas que la ligature élastique soit absolument mauvaise, mais il faut bien reconnaître qu'il y a quelques points noirs dans son emploi, et que, jusqu'à nouvel ordre, elle ne saurait être considérée comme méthode de choix. Elle met à l'abri de l'hémorrhagie, dites-vous, je veux bien le croire; mais comme elle détermine fatalement la suppuration lorsqu'on est obligé d'abandonner le fil dans le ventre, je suis bien en droit de me demander si cette éventualité n'est pas aussi redoutable que la première.

Présentation d'une pièce.

M. Gouguenheim présente une pièce provenant d'une malade qui avait subit l'opération de la laryngotomie intercricoïdienne.

(Renvoyé à l'examen de M. Nicaise.)

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Ch. Perier.

Séance du 5 décembre 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *Observation de fracture directe de la voûte du crâne avec enfoncement des fragments. — Guérison*, par le Dr LENGER, chirurgien adjoint à l'hôpital des Anglais, à Liège.

A l'occasion du procès-verbal.

1° A propos de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum.

M. GILLETTE. Si j'avais été présent à la dernière séance, au moment où M. Polaillon a présenté le malade qu'il a guéri de genu valgum par l'ostéoclasie, j'aurais rapporté un cas analogue au sien.

Il s'agit d'un jeune homme de dix-huit ans que j'ai traité, moi aussi, par l'ostéoclasie avec l'appareil de Collin. La fracture s'est produite à la partie inférieure du fémur, le genou a été redressé, et la guérison a été obtenue sans complication aucune, sans cal volumineux.

Je me propose d'ailleurs de vous présenter le malade, ainsi que les moules et les photographies qui ont été pris sur lui avant l'opération.

2° A propos des tumeurs vasculaires de la joue.

M. DELENS. J'ai observé un jeune homme qui portait sur la joue une tumeur analogue à celle dont nous a parlé M. Berger ; en voici l'observation.

Tumeur angio-lipomateuse de la joue droite. Ablation simple. Guérison.

Jean P....., âgé de 22 ans, garçon de cuisine, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 mai 1876, et a été couché au n° 21 de la salle Saint-Christophe.

Ce jeune homme, bien constitué et dans les antécédents duquel on ne trouve rien à noter, porte une tumeur de la joue droite dont il demande à être débarrassé. Cette tumeur s'est développée depuis deux ans, sans cause appréciable. Elle a le volume d'une grosse amande et est située dans l'épaisseur de la joue, entre la peau et la muqueuse. Sa mobilité est très manifeste ; sa consistance est molle et un peu grenue. Elle fuit facilement sous la branche montante du maxillaire lorsqu'on la comprime. Lorsque le malade se penche en avant, elle reparaît et présente alors un volume un peu plus considérable. Cependant, lorsqu'on la fixe, elle ne semble pas se réduire véritablement sous la pression du doigt.

Cette tumeur ne détermine pas de douleur ni de trouble fonctionnel, mais la difformité qu'elle occasionne est désagréable au malade qui en réclame l'ablation.

Le diagnostic porté fut *angio-lipome* se rattachant à la boule graisseuse dite de Bichat.

L'ablation fut pratiquée le 17 mai. Une incision antéro-postérieure fut faite sur la muqueuse buccale, au niveau de la tumeur refoulée en avant et maintenue par les doigts d'un aide. Elle apparut formée de granulations jaunâtres d'aspect graisseux, et fut fixée à l'aide d'un ténaculum, puis saisie avec des pinces à griffes. La dissection en fut opérée à l'aide de ciseaux courbes. Lorsque toute la masse eut été isolée, il fut facile de reconnaître qu'une partie était constituée par des lacunes veineuses mélangées à des pelotons adipeux.

Les lèvres de l'incision de la muqueuse se réunirent primitivement et, malgré un œdème notable de la joue et des paupières pendant les trois premiers jours, la réaction fut, en somme, modérée.

Le malade put quitter l'hôpital, le 28 mai, ne conservant qu'un petit noyau induré dans l'épaisseur de la joue.

Il est à noter que, malgré l'existence de lacunes veineuses, l'écoulement sanguin ne fut pas très abondant, et qu'il n'y eut pas besoin de faire de ligatures ni de prendre de précautions hémostatiques particulières.

Rapport

Sur quatre observations de taille hypogastrique, par MM. Mouchet, Jobard, Villeneuve et Girou,

Par M. Charles Monod.

J'ai été chargé de vous rendre compte de quatre observations de taille hypogastrique qui vous ont été adressées par MM. les docteurs Mouchet (de Sens), Jobard (de Vassy, Haute-Marne), Villeneuve (de Marseille) et Girou (d'Aurillac). Je résumerai très brièvement ces quatre faits qui compléteront la série remarquable d'observations de taille hypogastrique que contient déjà notre recueil.

Le malade de M. Mouchet est un homme de 59 ans. La pierre qu'il portait est dite *assez volumineuse;* elle ne devait pas être considérable, car, la vessie ouverte, elle fut extraite sans difficulté avec de simples pinces à pansement. L'intolérance de la vessie et le catarrhe intense dont elle était le siège furent les motifs qui déterminèrent M. Mouchet à proposer et à pratiquer la taille. Il n'y eut pas, et on peut le regretter, de tentative de lithotritie faite sous le chloroforme. On sait que les phénomènes de cystite résultant de la présence de la pierre sont souvent très rapidement améliorés par le broiement et l'évacuation rapide des fragments.

M. Mouchet, frappé de l'état de faiblesse et de la maigreur de son malade, état qu'il attribuait, non sans raison, à la pierre et aux

accidents provoqués par elle, craignant de ne pouvoir le débarrasser assez vite par la lithotritie, se décida à pratiquer la taille; il fit choix de la taille hypogastrique en raison des bons résultats qu'elle a donnés depuis quelques années.

L'opération fut pratiquée le 27 février 1882, d'après le procédé qui a été plusieurs fois exposé devant vous par MM. Perier, Guyon et par moi-même. Je me contente de vous dire que M. Mouchet eut recours à l'injection vésicale, au ballon de Petersen, remplacé dans ce cas particulier par un pessaire Gariel, et aux tubes de caoutchouc de M. Perier. Aucun incident à noter ni au cours de l'opération, ni dans les jours qui la suivirent immédiatement. Les tubes furent enlevés le sixième jour et la cicatrisation paraissait devoir se faire rapidement. Elle fut retardée cependant par la lenteur avec laquelle l'urine reprit son cours normal. A diverses reprises, la plaie se rouvrit, l'écoulement par l'urètre cessant absolument, sans cause appréciable. Il résulta de cette circonstance la formation d'une fistule hypogastrique qui ne fut définitivement fermée que trois mois et demi après l'opération. Le 10 octobre 1882, la guérison était absolument complète.

Dans les trois observations qui suivent, les opérés sont des jeunes gens ou des enfants. Le plus âgé a 18 ans, c'est le malade de M. Jobard. M. Jobard ne nous dit pas explicitement pour quelles raisons il s'est décidé à pratiquer la taille. La multiplicité des calculs qui pouvaient être sentis par le toucher rectal, et qui, par conséquent, devaient avoir un certain volume, et peut-être surtout l'avis conforme et très autorisé de notre jeune confrère, le Dr Jamin, ancien interne du professeur Guyon, paraissent l'avoir déterminé à s'adreser à la taille sans tenter la lithotritie. Je me hâte d'ajouter que l'événement lui a donné raison. Ce n'était pas deux pierres, comme il le supposait, que contenait la vessie de son malade, mais bien trois, de volume inégal, pesant ensemble 68 grammes.

L'opération fut conduite exactement comme la précédente. Les résultats, ponr employer les expressions du Dr Jobard, en furent « véritablement merveilleux ».

Au bout de huit jours, le double tube fut enlevé et remplacé par un tube simple; huit jours plus tard, celui-ci fut supprimé à son tour et la plaie pansée à plat; encore huit jours et la cicatrisation était complète. En trois semaines, le jeune malade qui portait sa pierre depuis dix ans, qui en était venu à uriner jusqu'à 80 fois en une nuit, était complètement soulagé et radicalement guéri.

L'observation du Dr Villeneuve présente avec la précédente les plus grandes analogies. Même âge, à trois ans près, du malade (16 ans); pierres d'enfance, multiples; même procédé opératoire; même rapidité de guérison; au bout de 19 jours, la plaie était cica-

trisée, le malade se levait. Le jeune malade avait été à deux reprises taillé pour la pierre, une première fois à l'âge de 6 ans, une seconde fois quatre mois avant qu'il vînt consulter le Dr Villeneuve. Cette circonstance fut une de celles qui portèrent notre confrère à avoir de nouveau recours à la taille; il espérait mieux éviter ainsi une récidive nouvelle, soit en faisant une opération plus complète, soit en découvrant quelque disposition anatomique qui expliquât ce prompt retour du mal. En fait, les pierres multiples, — il y en avait quatre, mais petites, — la plus volumineuse était grosse comme une amande et friable, c'étaient des calculs phosphatiques, — étaient de celles qui auraient pu être broyées. Le Dr Villeneuve craignait sans doute, en présence d'une irritabilité de la vessie qui était extrême, de ne pouvoir mener la lithotritie à bien. La taille hypogastrique, qu'il considère comme une opération facile et démontrée aujourd'hui sans danger, lui donnait à cet égard toute sécurité.

C'est encore et surtout l'intolérance de la vessie qui décidèrent, dans le quatrième et dernier cas dont j'ai à vous entretenir, mon excellent confrère et ami le Dr Girou à préférer la taille à la lithotritie. Ancien interne de nos hôpitaux, que tout récemment il fréquentait encore, il avait assisté aux opérations de notre collègue le Dr Perier et aux miennes, et quittait Paris, convaincu de la supériorité de la cystotomie sus-pubienne sur les autres procédés de tailles. Aussi, se trouvant en présence d'un enfant de 7 ans souffrant de mictions très fréquentes, parfois involontaires, urinant du pus, dont la vessie expulsait avec violence son contenu pendant les manœuvres d'exploration, même faite sous le chloroforme, chez lequel enfin on constatait l'existence de masses volumineuses paraissant remplir toute la cavité vésicale, — croyant que l'âge du malade, l'irritabilité de la vessie, le volume apparent et la multiplicité des pierres contre-indiquaient la lithotritie, — n'hésita-t-il pas à avoir recours d'emblée à la taille par le haut appareil. Les pierres multiples, comme il l'avait supposé, étaient d'une friabilité telle qu'elles se brisaient entre les mors des tenettes dans les manœuvres d'extraction.

La guérison fut plus rapide encore que chez les malades de MM. Villeneuve et Jobard. Au bout de 13 jours elle était complète. M. Girou attribue cet heureux résultat à ce que, à l'exemple de son confrère d'Aurillac, le Dr Bois, et contrairement à la pratique suivie à Paris, il n'a pas placé de tubes dans la plaie.

Celle-ci fut simplement recouverte d'un pansement humide fréquemment renouvelé. Quatre jours après l'opération, l'urine coulait par l'urètre en même temps que par la plaie; au bout de dix jours tout écoulement par la plaie avait cessé. A aucun mo-

ment on n'eut besoin d'avoir recours au cathétérisme, encore moins à la sonde à demeure.

A l'analyse de ces quatre faits j'ajouterai quelques considérations fort courtes.

Je ferai remarquer tout d'abord combien les résultats obtenus ont été rapides et excellents. Les quatre malades ont guéri, et tous, à l'exception d'un seul, très promptement. Au bout de 13 jours (Giron), 19 jours (Villeneuve), 21 jours (Jobard), la cicatrisation était complète. Dans le cas du Dr Mouchet, il se forma une fistule hypogastrique temporaire, qui ne fut définitivement fermée que trois mois et demi après l'opération. L'âge des opérés n'a certainement pas été sans influence sur cette rapidité de guérison. L'opéré de M. Mouchet était âgé de 59 ans, les autres n'avaient que 7, 16 et 18 ans.

Ces faits sont encourageants. Si vous considérez en effet la série d'observations qui vous ont été publiées par MM. Bois, Guyon, Perier, Schwartz, Trélat et par moi-même, depuis la première communication que je vous fis à ce sujet en septembre 1880, vous serez bien près de conclure avec moi que, toutes choses égales d'ailleurs, la taille hypogastrique est la moins meurtrière de toutes les variétés de taille.

Peut-être même, en raison de cette innocuité relative, et de la facilité bien démontrée de l'opération, quelques chirurgiens, peu familiarisés avec les manœuvres plus délicates du broiement de la pierre, se laisseront-ils trop vite entraîner à préférer la taille sus-pubienne à la lithotritie. Ce serait là un excès fâcheux contre lequel on ne saurait trop s'élever. La lithotritie doit rester l'opération de choix, à laquelle il ne faut renoncer que si l'impossibilité de la pratiquer est absolument établie.

Je vous ai fait voir, chemin faisant, que les auteurs des quatre observations que je vous rapporte aujourd'hui ne semblent pas avoir été tous également pénétrés de l'importance de cette vérité. Aucun d'eux ne paraît avoir fait, avant de se décider à la taille, des tentatives sérieuses de broiement. L'intolérance de la vessie était extrême, il est vrai, et rendait les manœuvres difficiles; mais il n'est pas démontré que chez tous ces malades la lithotritie prolongée dans le sommeil anesthésique, suivie de l'évacuation des fragments, n'eût pas été possible.

Il convient donc de rappeler une fois encore, à l'exemple du professeur Guyon, que le volume des calculs et leur extrême dureté doivent être les deux principales, j'allais dire les deux seules raisons capables de décider le chirurgien à priver ses malades des *bienfaits de la lithotritie*.

Cette réserve faite, je reconnais volontiers, et je vous l'ai montré en résumant leurs observations, que nos confrères invo-

quent, pour justifier leur détermination, des raisons qui pourront paraître suffisantes.

Au sujet de l'opération elle-même et de la façon dont elle a été conduite, nos quatre observations sont à peu près exactement semblables.

La replétion de la vessie à l'aide d'une injection préalable a été faite dans tous les cas. Je persiste pour ma part à croire, malgré l'opinion contraire de notre collègue, M. Després, que la précaution est absolument utile. L'injection vésicale a été de tout temps conseillée. Elle l'était par Rousset, dont M. Després nous recommande cependant d'imiter la pratique. Deux opérateurs seulement ont cru devoir la rejeter, mais pour la remplacer par une instrumentation ou par des manœuvres assurément plus dangereuses.

Je fais allusion ici à la sonde à dard du frère Come et au procédé préconisé par Baudin pour mettre à découvert la face antérieure de la vessie.

La sonde à dard est, avec raison, définitivement tombée dans l'oubli. Je ne m'attendais pas à rappeler ses inconvénients et ses dangers. Baudin montre, au reste, que, même sans son aide et en l'absence de toute distension artificielle, la vessie pouvait être atteinte. Mais pour cela il fallait, aprèo avoir incisé la ligne blanche, porter le doigt derrière la symphyse, et en suivre la paroi postérieure jusqu'au col vésical; on fléchit alors le doigt, et le rameant en haut on entraîne et relève le péritoine. J'ai déjà eu occasion de montrer combien une pareille pratique me paraissait funeste.

En décollant le tissu cellulaire situé derrière la symphyse, on s'expose à des infiltrations putrides qui sont, à mon avis, l'origine fréquente d'accidents graves et souvent mortels. Pour moi, je considère cette région comme une zone dangereuse qu'il faut au contraire à tout prix respecter, et le seul moyen d'y parvenir est d'élever la vessie au-dessus de la symphyse. Ne serait-ce que pour ce motif, que je serais partisan de l'injection préalable de la vessie.

C'est à ce point de vue aussi que je me suis placé dans ma précédente communication pour défendre le ballonnement rectal. Je soutenais qu'appliquant étroitement la vessie contre la paroi pubienne, il défendait contre toute atteinte des doigts ou des instruments le tissu cellulaire rétro-symphysien. Il me semblait même que là était la principale utilité du ballon de Petersen; m'appuyant sur les chiffres peu concluants du chirurgien de Kiel, il ne me paraissait pas que le procédé pût beaucoup pour le relèvement du péritoine. Les recherches très précises du Dr Bouley, consignées dans une thèse récente, montrent que sur ce point l'opinion que je

soutenais est au moins exagérée. Notre confrère a montré que le cul-de-sac péritonéal, relevé déjà par l'injection vésicale, remontait encore lorsqu'on gonflait le ballon rectal. Le gain ainsi obtenu varie dans ses expériences de 2 1/2 à 4 centimètres.

Ce fait, du reste, a été constaté d'une façon très nette dans l'une des observations que je résumais tout à l'heure, celle du Dr Girou : à la suite de l'injection vésicale, la vessie dépassait à peine le pubis ; cette saillie augmenta au contraire d'une façon manifeste dès que le ventre fut distendu; elle devint visible et sensible à la main, soulevant la paroi de l'abdomen, écrit le Dr Girou, jusqu'à 2 centimètres environ au-dessous de l'ombilic (je rappelle qu'il s'agissait d'un enfant de 7 ans).

Nos quatre auteurs ont eu recours à ce procédé. Le ballon a été distendu soit avec de l'air soit avec de l'eau; presque tous, n'ayant pas de ballon spécial sous la main, se sont servi du pessaire Ganil, qui se trouve partout. J'insiste sur ce petit point. M. Desprès reproche, en effet, au procédé actuellement conseillé pour la pratique de la taille hypogastrique, *l'appareil compliqué* qu'il nécessite. Or, à quoi se résume notre instrumentation? Un bistouri, une seringue, des tubes à drainage et un pessaire en caoutchouc; — appareil bien simple, au contraire, et dont les éléments sont, on l'accordera, bien faciles à réunir.

Un mot encore sur le pansement des opérés, et j'ai fini. Aucun de nos confrères n'a fait la suture de la vessie, et je les en félicite. La suture peut réussir mais souvent elle échoue. C'est un risque de plus qu'avec les procédés imparfaits que nous avons pour le moment à notre disposition je ne me sentirais pas libre de faire courir au malade.

Tous, à l'exception du Dr Girou, ont eu recours au double tube de M. Perier, assurant un drainage parfait de la cavité vésicale. Le Dr Girou reconnaît du reste lui-même que chez les enfants seuls il est permis d'agir comme il l'a fait. Pour ma part, le libre écoulement de l'urine en dehors et le lavage possible de la vessie ouverte sont d'une importance telle que je n'oserais dans aucun cas m'en passer.

Les tubes, du reste, ne sont pas conservés longtemps. Ils ont été enlevés du 6e ou 8e jour de nos observations; c'est exactement le terme indiqué par M. Guyon.

En somme, ces quatre observations me confirment dans la pensée, qui a été plusieurs fois déjà émise devant vous, à savoir que la taille hypogastrique est et demeure une bonne opération ; que nous possédons de plus pour l'exécuter un manuel opératoire assez sûr à la fois, et assez simple pour qu'elle puisse devenir de pratique courante.

Ce manuel, du reste, ne diffère pas, au ballonnement rectal près, de celui de nos anciens maîtres, tel qu'il était, au moins avant les prétendus perfectionnements et les complications instrumentales introduits par le frère Come et, après lui, par Belmas.

Que M. Després me permette donc de le dire : c'est nous, cette fois, contrairement il est vrai, à ce qui se passe ordinairement ici, c'est nous qui tenons en cette affaire pour des pratiques anciennes que nous estimons bonnes, contre lui, qui est venu nous proposer des innovations que nous repoussons parce que nous les croyons dangereuses.

Je vous propose :

1° D'adresser nos remerciements à leurs auteurs ;

2° De déposer leurs observations dans nos Archives.

Discussion.

M. Gilette. M. Monod, dans le cours de son excellent rapport, nous a dit que la taille hypogastrique était la taille la moins meurtrière, et que dorénavant elle devait être considérée comme la taille de choix.

Telle n'est pas mon opinion. Qu'il nous dise que la taille hypogastrique est une bonne opération, qui a ses indications spéciales : le volume exagéré des calculs, leur nombre considérable, leur dureté par exemple, je serai d'accord avec lui, mais je crois que c'est une exagération d'aller au delà. Pour mon compte, toutes les fois que je n'aurais pas une raison spéciale pour utiliser la taille hypogastrique, c'est à la taille périnéale que j'aurai recours.

M. Monod. C'est avec intention que j'ai mis que la taille hypogastrique, pratiquée comme je l'ai indiqué, était la moins meurtrière de toutes les tailles.

Je puis ajouter que cette opinion est celle de M. Guyon, qui fait la taille suspubienne de préférence à la taille périnéale.

M. Gillette. Ce sont là des opinions personnelles ; pour mon compte, je conserve ma manière de voir.

Les conclusions du rapport de M. Monod sont mises aux voix et adoptées.

Éveil d'un état constitutionnel (*hystéro-épilepsie*) *par un traumatisme opératoire*, par M. Villeneuve, de Marseille.

Rapport par M. Terrier.

Sous ce titre, M. le Dr Villeneuve fils, professeur à l'école de médecine de Marseille et chirurgien des hôpitaux de la même ville,

vous a adressé une observation fort intéressante que je vais vous résumer en quelques lignes.

Mlle B..., 21 ans, portait au-dessus du sourcil droit une petite tumeur, offrant le volume d'une noisette; c'était, dit notre confrère, un kyste séreux? Quoi qu'il en soit, la jeune fille voulut s'en faire débarrasser et dut être endormie par le chloroforme pour subir cette petite opération.

Au milieu de l'opération apparut une crise hystérique violente et on donna beaucoup de chloroforme pour obtenir un peu de calme et finir l'ablation de la tumeur.

Les suites furent simples, et tout marchait à souhait lorsque huit jours après l'intervention survint une nouvelle attaque, calmée par une injection de morphine. « A partir de ce moment, les accès se « reproduisirent tous les jours, puis deux et même trois fois par « jour. »

Ici, M. Villeneuve donne quelques détails sur les phénomènes nerveux offerts par sa malade et, loin de croire à de l'hystéro-épilepsie, je pense qu'il s'agit tout simplement de crises hystériques. Mais ces accidents ne furent pas les seuls offerts par Mlle B...; lelendemain de la deuxième crise d'hystérie, c'est-à-dire 8 jours pleins après l'opération, « une éruption de pustules d'ecthyma s'est pro- « duite tout autour de la cicatrice sus-sourcilière, dans une éten- « due comprenant toute la peau depuis la racine du nez, à la « racine des cheveux, sur la ligne médiane et à la limite de la ré- « gion temporale en dehors. Il y avait une vingtaine de pustules. »

Chaque mois, nouvelle éruption lors de l'époque menstruelle, toutefois la poussée s'atténuait peu à peu, ce qui ne l'empêcha pas de donner naissance à des cicatrices fort disgracieuses et fort pénibles pour Mlle B...

Sous l'influence d'un traitement antispasmodique (drap mouillé, douches froides, bromures alcalins), les crises nerveuses diminuèrent peu à peu et ne se montrèrent plus qu'au moment des règles. Mlle B..., non complètement guérie, partit aux eaux et M. le Dr Villeneuve, qui a revu tout récemment la malade, m'écrit qu'elle est encore sujette à des attaques hystériques.

En résumé, chez une jeune fille dont la mère aurait présenté des attaques nerveuses et qui, par conséquent, était, on peut dire, en puissance d'hystérie, une petite opération avec chloroformisation donne naissance à la première attaque d'hystérie.

Les choses n'en restent pas là, et à partir de ce moment, Mlle B... devient réellement malade et est tourmentée par de nombreux accès, ce qui nécessite un traitement spécial et prolongé. Mais ce n'est pas tout, la région qui a été le siège du traumatisme opératoire présente, au bout de huit jours, des troubles caractérisés par l'appa-

rition de pustules que M. le Dr Villeneuve, rapporte à de l'ecthyma.

Nous nous proposons de revenir successivement sur les divers points de cette très curieuse observation.

Dès l'abord le fait intéressant à noter, c'est l'apparition d'une première crise hystérique, pendant l'opération.

Ici, trois facteurs, sont en présence: l'émotion vive, l'anesthésie et le traumatisme chirurgical.

Une émotion vive, peut être cause d'accidents nerveux hystériques; la chose est trop vulgaire pour être discutée, il n'y a pas à y insister plus longtemps.

Que chez un sujet prédisposé, comme l'était Mlle B..., l'anesthésie soit un second facteur efficace d'une première attaque d'hystérie le fait est parfaitement acceptable et M. le professeur Charcot considère même cette cause comme assez commune (communication écrite). Cet accident primitif s'explique d'autant plus que l'anesthésie provoque fréquemment des attaques chez les hystériques confirmées. M. le professeur Charcot l'a très souvent observé à la suite de l'emploi de l'éther, et il croit que le chloroforme doit faire naître les mêmes accidents. Pour notre compte, nous avons maintes fois constaté l'apparition de phénomènes hystériques chez les femmes névropathes qu'on endormait par le chloroforme, chez quelques-unes, même, les premières inhalations de l'anesthésique provoquaient une véritable attaque d'hystérie.

Cette propriété des anesthésiques paraît même être mise à profit par certaines hystériques pour se procurer des attaques. Notre ami, le Dr Marie, chef de clinique du professeur Charcot, nous a affirmé qu'une des hystériques du service (Marcil...) se procurait très aisément des attaques par des inhalations d'éther et appréciait même beaucoup ce moyen, la 3e période de ces attaques étant chez elle prolongée et fort libidineuse.

On peut remarquer dès maintenant que chez la jeune malade de M. Villeneuve, l'émotion morale et l'anesthésie ne sont pas arrivées à faire naître la crise hystérique; à ces deux causes prédisposantes, il a dû s'ajouter l'action traumatique. C'est en effet au milieu de l'opération que les accidents nerveux sont survenus et ont quelque peu gêné le chirurgien.

Le traumatisme, qu'il soit énergique ou léger, peut, chez les sujets prédisposés, provoquer des accidents nerveux généraux ou locaux et assez souvent ces phénomènes sont les premières manifestations d'un état général, en quelque sorte en puissance, ici, de l'hystérie.

Comme M. le professeur Charcot l'a fait connaître en France, c'est

B. Brodie [1] qui le premier signala l'influence d'une action traumatique faible ou intense sur le développement d'accidents nerveux, locaux et généraux attribuables à l'hystérie.

Tantôt le traumatisme fait naître des accidents locaux, et l'on peut dire que c'est presque la règle ; tantôt il provoque l'apparition de phénomènes généraux, c'est plus exceptionnel, d'où l'intérêt du fait observé par M. Villeneuve.

D'après M. le professeur Charcot [2], un traumatisme même léger, chez une femme en puissance d'hystérie, peut déterminer les accidents qu'il a désignés sous le nom d'*hystérie locale*. Ces phénomènes sont caractérisés par de l'hyperesthésie cutanée, par des douleurs profondes s'irradiant sur le trajet des nerfs, par des accidents douloureux paraissant se localiser aux articulations voisines du point lésé, enfin par de la contracture permanente de quelques groupes musculaires plus ou moins étendus.

Ce dernier phénomène est rarement limité et d'ordinaire si le traumatisme a atteint une extrémité, il gagne tout le membre lésé.

Ces divers accidents, mais surtout ceux de contracture, sont d'une ténacité désespérante, si bien qu'ils peuvent durer des mois [3] et même des années, subissant, sous l'influence de causes variées et même sans causes, des exacerbations plus ou moins accusées.

Plus tard, l'analgésie peut succéder à l'hyperesthésie, la parésie à la contracture musculaire ; nous ne pouvons insister plus longtemps sur ce point spécial. Ce qu'il faut retenir de cette étude rapide, c'est que latente jusqu'alors, l'hystérie devient manifeste et locale sous l'influence d'un léger traumatisme.

Dans le fait relaté par M. Villeneuve, les phénomènes observés n'ont pas été localisés ; de suite, sont apparus des accidents généraux : la crise, l'attaque d'hystérie.

Or, le développement primitif de ces phénomènes généraux à la suite d'un traumatisme est plus rare que celui des phénomènes locaux. Peut-être cependant pourrait-on remarquer, comme le professeur Charcot l'a fait à propos de l'hystérie locale, que le traumatisme sera plus souvent cause d'une attaque initiale, chez un sujet prédisposé, que d'une attaque nouvelle chez une hystérique confirmée.

C'est là un point intéressant qui mériterait d'être étudié, comme

[1] *Illustrative lectures on certain local nervous affections*, p. 571, London, 1837.

[2] *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 4e éd., t. I, p. 446, Paris, 1880,

[3] F. Terrier et Luc, *Rem. sur les accid. determinés chez des femmes épileptiques*, in *Rev. de chirurgie*, t. II, p. 93, 1882.

on l'a fait à propos de l'hystérie locale, et sur lequel nous n'avons pu trouver de renseignements.

En résumé donc, l'apparition d'une première attaque d'hystérie chez une jeune fille prédisposée, et sous l'influence d'un traumatisme opératoire, est un fait relativement rare, ou du moins sur la fréquence duquel l'on n'est pas parfaitement fixé. M. le Dr Villeneuve, de Marseille, a donc très bien fait de publier son observation et d'insister sur cette pathogénie toute spéciale de l'hystérie.

Le fait de M. Villeneuve permet encore quelques remarques, c'est que la première attaque provoquée, la maladie évolue rapidement, en ce sens que les crises se succèdent et que la santé de Mlle B... eût été compromise si l'on n'avait pas institué à temps une thérapeutique rationnelle assez énergique. Remarquons toutefois, qu'après 4 mois 1/2 de ce traitement, Mlle B... n'était pas encore guérie. Peut-être en est-il de l'hystérie générale comme de l'hystérie locale, et l'affection est-elle très tenace avec des exacerbations ?

L'observation de Mlle B... offre encore un côté fort intéressant, à peine mentionné par M. Villeneuve et qui cependant mérite votre attention. Nous voulons parler de cette éruption localisée au front et sur un territoire cutané limité en bas par le sourcil, en haut par la racine des cheveux, en dedans par la ligne médiane et en dehors par la tempe.

Cette région devint le siège de pustules d'ecthyma, dit M. Villeneuve ; de plus ces pustules apparurent 8 jours après le traumatisme et se reproduisirent à chaque époque menstruelle pendant un temps qui malheureusement n'est pas exactement fixé ; enfin ces pustules laissèrent des cicatrices indélébiles.

Or, depuis les travaux de Charcot, de Mittchell, Morehouse et Keen, de Paget, etc., sur les éruptions qui succèdent aux lésions des nerfs ; depuis les recherches de M. le professeur Verneuil sur l'*herpès traumatique*[1], il n'est guère possible de méconnaître la nature des accidents signalés ici.

Très certainement il s'agit d'une éruption d'herpès traumatique, d'un zona traumatique, comme on l'a dit encore.

L'éruption herpétique vésiculeuse ou bulleuse peut en effet survenir soit vers la périphérie des branches du nerf lésé, soit au voisinage de la distribution de ce nerf, soit enfin à distance (Verneuil).

Dans le premier cas, et c'est celui auquel nous avons affaire ici, la cause de la manifestation cutanée est une névrite au moins très

[1] *De l'herpès traumatique* in *Ctes R. de la Société de Biologie*, p. 16, 1873. — P. Roux, *Contrib. à l'étude de l'herpès trauma.* Th. de Paris, 1879 — E. Bertrand, *Du zona ou herpès traum.* Th. de Paris 1875, n° 56.

probablement. Mais il est un point curieux à signaler, dans l'observation du Dr Villeneuve, c'est que cette névrite a semblé procéder par poussées et que ces poussées coïncidaient avec l'époque des règles.

A la cause locale, le trauma ayant déterminé la névrite et ses conséquences éruptives, il faut donc ajouter une véritable prédisposition constitutionnelle, mise en relief, excitée en quelque sorte, lors de l'apparition des menstrues.

On sait d'ailleurs que, dans ces conditions physiologiques, les éruptions d'herpès ne sont pas rares, au moins chez certaines femmes névrophates ou herpétiques.

En résumé, Messieurs, l'observation que vous a présentée M. le Dr Villeneuve offre un intérêt scientifique incontestable, aussi je vous propose de déposer cette observation aux Archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Nicaise. Je puis citer un fait qui prouve l'influence des émotions vives sur le premier développement d'accidents nerveux.

Il s'agit d'un homme, en ce moment dans mon service pour une fracture de la colonne vertébrale. Cet homme était d'une bonne santé, il n'avait eu aucune maladie nerveuse, aucun antécédent héréditaire, lorsque arriva la Commune. Au moment de l'entrée des troupes, il fut mis au pied du mur et sur le point d'être fusillé. L'émotion qu'il ressentit détermina chez lui une attaque d'épilepsie, la première de sa vie. Depuis lors, ces attaques se sont reproduites à maintes reprises, et c'est même à la suite d'un accident de ce genre qu'il est tombé et qu'il s'est fracturé la colonne vertébrale.

M. Terrier vient de nous parler de l'influence des anesthésiques sur le développement des crises nerveuses; je puis lui citer un fait absolument inverse. Il s'agit d'une femme que des accès cataleptiques rendaient gravement malade. On put faire disparaître les accidents en lui faisant respirer du chloroforme. Son observation a été publiée dans les Archives de médecine.

M. Verneuil. L'étiologie des accidents nerveux observés par M. Villeneuve est assez complexe, et l'on peut, en effet, invoquer avec M. Terrier l'influence de l'émotion, de l'anesthésie ou du traumatisme.

L'influence des émotions, de la frayeur par exemple, sur le développement de l'épilepsie, est en quelque sorte classique; M. Nicaise vient d'ailleurs de nous en rapporter une preuve absolument

démonstrative. L'influence de l'anesthésie est moins connue ; personnellement je n'en connais pas d'exemple.

Reste le troisième facteur, la blessure. Voici deux observations dans lesquelles il paraît avoir joué un rôle exclusif :

Il s'agit de deux jeunes filles qui sont tombées, l'une sur le genou, l'autre sur la hanche ; aucune d'elles n'a été le moins du monde effrayée de cette chute, d'ailleurs insignifiante, et cependant, chez la première, il n'a pas tardé à se manifester un état névropathique, caractérisé par la contracture des muscles postérieurs du jarret et la flexion du genou.

Cet état durait depuis trois ou quatre ans, lorsque j'ai été appelé près de la malade. J'ai redressé son membre, et la contracture a envahi les muscles de la hanche, au point qu'à l'heure actuelle, les fonctions de son membre sont anéanties.

Le second cas est relatif à une jeune fille de la campagne, sans apparence d'hystérie antérieure, qui fit une chute légère sur le grand trochanter. Instantanément il se produisit une contracture des muscles de la jambe, et six mois après, son membre était dans une abduction complète. Je lui fis respirer du chloroforme, et son membre reprit sa position normale.

Les faits de ce genre ne sont nullement exceptionnels. Duchenne (de Boulogne) rapporte l'histoire d'un certain nombre d'entorses légères du cou-de-pied qui ont été suivies de contractures de ce genre ; quelques-unes ont même pu se généraliser.

Il est donc incontestable que le traumatisme peut être l'origine première de névropathies qui persisteront toute la vie.

M. Terrier. Je n'ai pas parlé d'épilepsie mais bien d'hystérie, par conséquent la très curieuse observation que vient de nous rapporter M. Nicaise ne rentre pas dans mon cas.

En ce qui concerne l'anesthésie, je ne nie pas qu'elle puisse avoir eu une influence heureuse sur une malade en état de catalepsie, mais ce qui est non moins incontestable, et M. Charcot me l'a plusieurs fois affirmé, c'est que cette anesthésie peut produire des attaques d'hystérie qui, pour certains malades, sont très agréables.

Les faits rappelés par M. Verneuil sont des faits d'hystérie localisée auxquels j'ai fait allusion ; ils viennent confirmer à nouveau une opinion que Brodie a le premier soutenue. Le cas de M. Villeneuve est plus intéressant peut-être, en ce sens qu'il s'agissait d'une attaque de grande hystérie. Or, si l'on connaît très bien l'histoire des hystéries localisées, d'origine traumatique, on connaît moins bien les hystéries généralisées ayant une semblable origine. M. Charcot, que j'ai consulté à cet égard, m'a confirmé que, pour sa part, il n'en connaît pas d'exemple.

J'ajouterai une dernière considération relative au diagnostic de ces hystéries localisées. Il faut se garder de les confondre avec certaines contractures, d'origine traumatique également, mais qui sont la conséquence de lésions des centres nerveux et de leur dégénérescence consécutive.

M. Pozzi. Les divers cas qui viennent de nous être signalés peuvent être considérés comme se rapportant à des rappels de diathèses, jusque-là latentes, sous l'influence d'un traumatisme. En interrogeant avec soin de semblables malades, il est bien rare que l'on ne trouve pas, parmi les antécédents personnels ou héréditaires, quelque circonstance qui donne la raison des accidents observés. C'est ainsi que l'une des malades de M. Verneuil était fille d'aliéné.

Des phénomènes analogues peuvent se produire chez les scrofuleux, les rhumatisants, etc. Il y a quelque temps, j'ai pu observer un enfant de huit ans, fils d'une mère rhumatisante, et chez lequel, deux jours après l'opération de la circoncision, on pouvait constater une attaque de rhumatisme généralisé.

M. Trélat. Je connais l'une des malades dont vient de parler M. Verneuil ; elle est fille d'aliéné, a-t-il dit ; je puis ajouter qu'elle est la sœur d'une personne très excitable.

L'influence du chloroforme ne porte pas, comme on a semblé vouloir le dire, sur l'état hystérique, mais bien sur les contractures qui résultent de cet état. C'est même cette propriété qui fait utiliser l'anesthésie, dans les cas où il s'agit de reconnaître une contracture de diagnostic douteux.

En ce qui concerne le cas rapporté par M. Terrier, c'est-à-dire d'une première attaque d'hystérie succédant à l'anesthésie chloroformique, ce doit être bien rare, car j'ai endormi quelques milliers de malades, et cependant, je n'ai jamais rien observé de semblable. Le fait de M. Villeneuve n'en est que plus digne d'être noté.

Les accidents nerveux divers, et quelquefois étranges, succédant à des traumatismes, sont moins rares. Je me rappelle deux hommes qui firent une chute, l'un du haut d'une machine à vapeur, l'autre d'un échafaudage. A la suite de ce traumatisme, ils eurent l'un et l'autre des manifestations nerveuses extrêmement complexes : contractures de certains muscles, paralysies ou parésies de certains autres, impossibilité de marcher, etc., etc. Le premier de ces malades, qui avait fait un procès à la Compagnie, fut examiné par un grand nombre de médecins, et finalement on conclut à une maladie spontanée. Pour ma part, je trouve cette conclusion pour

le moins singulière. Je crois, au contraire, que c'est le traumatisme qui a causé ces accidents divers.

Les accidents présentés par mon second malade ont été plus comparables à ceux auxquels il vient d'être fait allusion. A la suite de sa chute, il fut sujet à une nervosité excessive, en même temps qu'il constatait un affaiblissement général, une incapacité de travail, du tremblement nerveux, etc.

M. Berger. L'année dernière, j'ai eu à endormir plusieurs fois une hystérique atteinte d'une synovite fongueuse du poignet. Chacune de ces chloroformisations détermina une crise d'hystérie pendant laquelle il était très difficile d'obtenir la résolution complète. Les attaques se renouvelaient dans la journée et rendaient cette femme particulièrement insupportable pour les autres malades.

M. Terrier. Que l'anesthésie détermine une attaque d'hystérie, c'est là, je crois, un fait assez fréquent, et que j'ai souvent observé. Ce qui est moins connu, c'est l'anesthésie provoquant une première attaque.

Quant aux accidents locaux, ils ont une grande diversité dans leur marche : je n'en veux pour preuve que les deux malades rappelées par M. Verneuil. Chez l'une, le chloroforme fait cesser la contracture, et la malade guérit; chez l'autre, le même agent amène la généralisation à tout le membre d'une contracture localisée jusque-là au genou.

En ce qui concerne les névropathes, M. Pozzi, qui est chirurgien d'un service d'aliénés, doit parfaitement savoir que ceux-ci sont diversement influencés par les traumatismes. Tantôt la réaction produite par le traumatisme est très intense, c'est surtout lorsqu'on a affaire à un individu qui en est à la période d'excitation de la paralysie générale; chez d'autres, au contraire, la réaction est à peu près nulle. Les mêmes différences existent entre les hystériques et les épileptiques : une fracture qui détermine des contractures chez la première est sans influence chez la seconde. Ce sont là, d'ailleurs, des cas qui sont en dehors du sujet de mon rapport.

Les cas singuliers auxquels vient de faire allusion M. Trélat ont été décrits par Erichsen comme succédant à une véritable commotion médullaire. Les individus ainsi gravement atteints sont, en outre, exposés à devenir des ataxiques. M. Charcot en a vu dans ces conditions; aussi n'hésite-t-il pas à ranger le traumatisme parmi les causes de l'ataxie. Je pourrais ajouter qu'il reconnaît une même étiologie à la paralysie agitante.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Observation d'angiome pulsatile, par M. Poulet.

Rapport par M. Richelot.

M. Poulet nous a envoyé une intéressante observation d'angiome pulsatile : il s'agit d'un homme de trente ans qui, en 1876, reçut une pièce de bois sur la région temporale gauche. Deux mois après, apparut, au niveau du point blessé, une tumeur pulsatile d'abord peu volumineuse, mais qui s'accrut graduellement, à tel point qu'au bout de sept ans elle avait envahi une partie du pavillon de l'oreille et la presque totalité de la région temporale.

Appelé auprès de ce malade, M. Poulet crut devoir commencer son traitement par les moyens les plus doux, et pour cela, il fit des injections de perchlorure de fer dans la tumeur, après ligature préalable de la temporale. M. Poulet dut bientôt abandonner cette méthode et recourir à l'ablation de la tumeur. Après chaque injection — elles furent répétées sept fois — il se formait un caillot qui, pendant un certain temps, permettait de croire à la guérison complète, mais ce caillot ne tardait pas à se ramollir, à se canaliser, comme l'examen anatomique l'a démontré, et les pulsations reparaissaient.

J'ai dû, moi aussi, dans un cas analogue, renoncer à l'emploi des injections de perchlorure, mais ce ne fut pas à cause des récidives ; la vie de ma malade avait été compromise par le fait d'une embolie pulmonaire.

L'opération de M. Poulet fut assez facile ; grâce à l'emploi de vingt-cinq pinces hémostatiques, il put enlever la tumeur sans perdre plus de 500 grammes de sang. Les suites opératoires furent des plus simples.

Ce fait, auquel je puis ajouter celui qui m'est personnel, prouve, une fois de plus, que l'extirpation est la méthode de choix lorsqu'on veut enlever les tumeurs érectiles. Cette opinion, qui est défendue par M. Terrier dans sa thèse d'agrégation, est d'autant plus rationnelle qu'à l'heure actuelle, grâce aux moyens d'hémostase dont nous disposons, l'hémorragie est moins à craindre.

En 1882, Kummel dut, lui aussi, recourir à l'ablation d'une de ces tumeurs placée dans le territoire irrigué par la carotide externe, et qu'il n'avait pu guérir malgré la ligature du vaisseau.

Je demande à la Société l'insertion de l'observation de M. Poulet dans nos Bulletins, avec une courte note additionnelle relative à l'observation de Kummel.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Angiome pulsatile de la région temporale et du pavillon de l'oreille consécutif à une contusion. — Accroissement progressif pendant sept ans. — 1° Opération. — Ligature de la temporale et sept injections de perchlorure de fer en deux mois. — Réapparition rapide des pulsations. — 2° Opération. — Extirpation. Guérison.

Par M. Poulet, professeur agrégé au Val-de-Grâce.

Dupont, âgé de 30 ans, ex-sous-officier au 28e régiment d'artillerie, détenu au pénitencier militaire de Bicêtre, d'une constitution robuste, n'a jamais été malade avant 1876. A cette époque, au moment où il se baissait dans une écurie pour arranger un paillasson, le cheval voisin donna un vigoureux coup de pied dans le bas flanc mobile qui sert de séparation, et cette lourde pièce de bois vint frapper la région auriculo-temporale gauche. Dupont tomba sur le coup, ressentit une vive douleur dans la tête, mais ne perdit pas connaissance et put se relever peu d'instants après. Les suites de cette contusion furent d'abord très simples.

Deux mois après l'accident, notre artilleur entre à l'hôpital de Brest; le gonflement n'avait pas disparu complètement ni dans l'oreille, ni dans la tempe; de plus, le malade sentait des battements et entendait un bruit de souffle. Il fit un séjour de dix mois dans cet hôpital, confié aux soins de M. Cras, qui essaya d'intercepter le cours du sang dans la tumeur à la partie antéro-inférieure de la grande courbure de l'hélix avec une pince à pression continue. Au bout d'une semaine, d'après ce que raconte le malade, le sang rutilant commença à s'écouler goutte à goutte, et suinta ainsi pendant 24 heures. On dut enlever la pince, faire une compression avec de l'amadou, traitement qui suffit pour arrêter l'hémorragie.

La glace est ensuite essayée sans plus de succès; cependant ce traitement diminuait les maux de tête assez violents, et pour lesquels on lui administra du bromure de potassium.

En 1877, Dupont quitte l'hôpital, toujours dans le même état, et reprend son service jusqu'en 1879, époque à laquelle il fut condamné pour vol et envoyé au pénitencier pour cinq ans. Pendant ces deux années, les battements existaient toujours, la tumeur grossissait lentement et s'étendait en surface; la céphalalgie était moindre et l'affection parfaitement supportable.

De 1879 à 1883, quelques changements se sont produits; les maux de tête ont reparu plus intenses qu'auparavant; la tumeur bat toujours et le bruit de souffle que perçoit le malade gêne son sommeil; il ne peut facilement travailler, et c'est pour ce motif qu'il entre au Val-de-Grâce, le 23 mars 1883.

Au moment de son entrée dans notre service, il présente l'état suivant :

1° *Symptômes subjectifs.* — Dupont accuse une douleur sourde, profonde, dans tout le côté gauche de la tête, plus accentuée en avant

du pavillon de l'oreille. Il éprouve constamment dans la région temporale une sensation de gonflement, de pesanteur incommode; il lui est impossible de dormir s'il ne se couche pas sur ce côté de la tête. Dès qu'il se baisse, il est pris d'étourdissements ; en descendant les escaliers, en marchant un peu vite, il a des vertiges passagers. Le malade attire surtout l'attention sur le bruit de souffle intermittent qu'il perçoit constamment et qu'il compare à l'écoulement d'un ruisseau. Ce bruit l'incommode beaucoup et l'empêche de dormir. La vue est assez bonne, mais l'acuité est moins forte qu'autrefois.

2° *Symptômes objectifs.* — En examinant ce côté de la tête, on constate l'existence d'une tumeur double, l'une située à la partie antéro-supérieure de la grande courbure du pavillon de l'oreille, l'autre, séparée de la précédente par le sillon auriculo-temporal, occupe la partie inférieure de la région temporale. La première tumeur, arrondie, grosse comme une noix, fait saillie des deux côtés du cartilage. Elle est nettement limitée en avant, tandis qu'en haut et en arrière elle se continue en diminuant insensiblement avec la peau du pavillon, hypertrophiée, chagrinée. La peau, au niveau de cette tumeur, est rouge violacée.

La portion temporale, de couleur plus foncée, bleuâtre, ardoisée, brillante par places, mesure 2 centimètres et demi de hauteur et 5 de long; elle a la forme d'une corne dont l'extrémité fait saillie en arrière. Cette tumeur présente des petites élevures de 1 à 3 millimètres, pleines de sang, très minces, et qui correspondent à des altérations du corps papillaire de la peau; ce sont de petits diverticules en forme de doigt de gant. Ces tumeurs sont animées de pulsations visibles à l'œil nu; à chaque poussée, l'oreille qui fait déjà plus saillie qu'à l'état normal est projetée en dehors. A la palpation, on sent également les battements, le mouvement d'expansion isochrone au pouls, et en appliquant un stéthoscope on perçoit un bruit de souffle intermittent. D'ailleurs, la tumeur est réductible, surtout à la région temporale, et se remplit de nouveau dès qu'on cesse la pression. La portion temporale repose sur une base dure et n'a qu'une mobilité relative.

A la périphérie, on constate qu'il existe en avant du pavillon de l'oreille et à 4 ou 5 centimètres des *taches nævoïdes*, violacées, animées de battements nettement perceptibles ; elles remontent à un ou deux ans; entre elles et la tumeur, le doigt perçoit encore les battements, mais plus faibles, sauf en quelques points où existent des branches artérielles plus volumineuses et cirsoïdes. L'artère temporale est nettement cirsoïde, flexueuse, soulève la peau au devant du tragus à chaque pulsation. Enfin, la compression de la temporale à l'apophyse zygomatique produit l'affaissement partiel de la tumeur, sans faire cesser complètement les battements.

1° *Opération.* — Le malade ayant refusé l'extirpation, je me décide à pratiquer la ligature des troncs artériels afférents en y associant les injections coagulantes.

1re *Injection.* — Le 22 avril, après une chloroformisation laborieuse

(contractures toniques), je pratique la ligature de la temporale en avant du tragus au moyen d'une incision horizontale. L'artère flexueuse se présenta sous la forme d'un petit corps rosé, animé de battements, et fut liée avec un double fil de catgut. Une aiguille à acupressure est appliquée sur la branche antérieure de la temporale; et une incision mastoïdienne coupe nettement une branche postérieure dont on sentait les battements; la ligature étant difficile dans le tissu fibreux de cette région, j'appliquai deux points de suture entortillée. Ensuite huit gouttes d'une solution de perchlorure de fer à 30° Baumé furent injectées dans la partie temporale de l'angiome. — Réunion par suture de la plaie antérieure. Pansement de Lister.

Dupont fut repris trois fois, pendant la journée, de contractures; cependant la nuit suivante est bonne, le malade ne perçoit plus le bruit de souffle.

Le 24 avril, l'épingle à acupressure douloureuse est enlevée; la tumeur du pavillon paraît diminuée de volume, la portion temporale est affaissée, les petits mamelons sont flétris, on ne perçoit plus de battements artériels. Le 26, le malade accuse une très notable amélioration de la vue de l'œil gauche seulement. Il peut actuellement distinguer l'heure à une horloge située à 500 mètres, ce qu'il ne pouvait faire avant l'opération.

Dès le 27 avril, on perçoit de faibles battements à la partie inféro-interne du pavillon, et le 28, dans toutes les parties de l'angiome.

2e *injection*, 28 *avril*. — Une seconde injection est pratiquée le 28 avril dans la portion auriculaire de la tumeur (8 gouttes), ce qui amène le durcissement de cette partie et la disparition des battements. Le 4 mai, nouvelles attaques épileptiformes passagères et administration du bromure de potassium; déjà en ce moment les battements quoique plus faibles ont reparu.

3e et 4e *injections*, 17 *mai*. — Le 17 mai, deux nouvelles injections sont faites dans la tumeur avec la solution de perchlorure à 20° Baumé, l'une de trois gouttes dans la tumeur auriculaire, l'autre profondément dans la tumeur temporale. Après l'injection, le malade pâlit et chancelle, on est obligé de le soutenir pour éviter une syncope. Quelques instants après, la palpation ne révèle plus aucun battement et la tumeur est dure. Dès le 24 mai, les battements reparaissent; le malade se plaint en outre de douleurs diffuses dans la région temporale et qui semblent s'irradier plus profondément dans le crâne.

5e *injection*, 3 *juin*. — Les battements disparaissent momentanément après une injection de 6 gouttes de perchlorure de fer faite le 5 juin à la partie antérieure et supérieure de la tumeur.

6e *injection*, 11 *juin*. — Le 11 juin, il fallut de nouveau injecter 4 gouttes à la partie antérieure pour faire cesser les battements qui avaient déjà reparu.

7e et 8e *injections*, 17 *juin*. — Le 17 juin, je dus encore revenir à la charge par deux injections, l'une en avant du tragus, l'autre derrière l'oreille. La tumeur semble se modifier depuis quelque temps, elle est diminuée, plus dure, les pulsations plus obscures. Les maux de

tête n'ont pas disparu; depuis un mois le malade a encore eu deux ou trois attaques épileptiformes.

Extirpation. — Le 29 juin, les battements ont reparu dans presque toutes les parties de la tumeur et le malade se décide à l'extirpation. Deux heures avant l'opération, injection sous-cutanée de 0,02 de chlorhydrate de morphine. L'opération est pratiquée en présence de MM. les professeurs Mathieu, Chauvel, Robert et avec le concours de MM. de Santi, Zaller et Dziewowski et de l'aide-major stagiaire du service.

Après anesthésie, on pratique une incision qui partant de la partie antérieure du tragus se porte directement en haut et contourne la tumeur à la partie supérieure à environ un centimètre de ses limites. Écoulement de sang rutilant, partie en nappe partie en jet très abondant. On parvient à le diminuer dans une proportion assez sensible par l'application d'une grande pince hémostatique sur le pavillon de l'oreille et de nombreuses pinces ordinaires dans les lèvres de la plaie. L'incision est prolongée en haut et en arrière en procédant de la même façon. Après m'être assuré que la tumeur n'avait pas des attaches profondes, je disséquai rapidement toute la portion temporale de haut en bas et détachai la partie antérieure du pavillon de l'oreille par une incision verticale. Pour obvier à l'hémorragie, tout d'abord très considérable, des pinces hémostatiques furent placées sur les plus grosses artères et l'on put ainsi appliquer cinq ou six ligatures sur les branches notablement augmentées de volume de la temporale, de l'auriculaire, des mastoïdiennes. Il ne fallut pas moins de 25 pinces hémostatiques pour diminuer l'écoulement qui se faisait tantôt en jet très fin tantôt en nappe par tous les capillaires cutanés déjà altérés. Du fond de la plaie où l'aponévrose était bien conservée, le sang suintait par un grand nombre de petits pertuis. On dut recourir au thermocautère pour arrêter d'une façon définitive toutes ces petites hémorragies.

Les pinces hémostatiques furent successivement enlevées, les ligatures pratiquées avec la soie phéniquée et au bout de trois quarts d'heure la plaie complètement étanche fut lavée avec une solution de chlorure de zinc à 8 0/0. Pansement avec la gaze phéniquée et le coton hydrophile. La perte de sang peut être évaluée à environ 500 grammes.

Durant les premiers jours, il y eut des douleurs de tête assez vives qui se calmèrent ensuite. Au bout de cinq ou six jours, la suppuration s'établit, les bourgeons charnus recouvrent toute la surface. Dès le 8 juillet, les ligatures tombent et le 11 les bords de la plaie présentent déjà un limbe cicatriciel, les bourgeons saignent facilement à chaque pansement fait tous les deux jours. Le 20 juillet, la plaie est réduite de moitié et à mesure que la cicatrice se forme le pavillon de l'oreille, primitivement pendant et déjeté en arrière, se redresse et s'applique contre la tête. La cicatrisation complète ne fut définitive que le 15 août. Aujourd'hui la guérison est définitive; il n'y a plus ni battements ni souffle, le pavillon attiré en avant par la cicatrice corrige assez bien la mutilation qui résulte de la difformité pour qu'il soit

inutile de recourir à une opération autoplastique. Les taches nævoïdes ont beaucoup pâli et ne sont plus pulsatiles.

Note additionnelle. — Nous pouvons rapprocher du fait précédent un cas d'angiome rameux du pavillon de l'oreille et de la région temporale, publié dans les *Archives de Langenbeck* (1882, p. 202) par Kummel. D'après le dessin, la tumeur offre une grande analogie avec le cas opéré par M. Poulet, mais l'origine de la tumeur n'est pas traumatique et il existait antérieurement un nævus.

Kummel a fait la ligature de la carotide externe sans succès et il dut plus tard extirper la tumeur. Il a fait 35 ligatures au catgut et son opéré a bien guéri.

A propos du perchlorure de fer, Kummel cite le cas de mort de M. Labbé. Ziclewitz (*Berlin. Klin. Wochens.*, 1875) dans 14 cas où l'on avait employé des injections de perchlorure de fer dans le traitement des tumeurs vasculaires de la tête, compte 6 cas de mort.

Si ces faits sont bien démontrés, l'emploi du perchlorure de fer dans les angiomes devrait être proscrit : 1° parce qu'il fait courir trop de dangers aux opérés: 2° parce que, s'il est inoffensif comme chez mon malade, il est insuffisant par suite de la canalisation des thrombus.

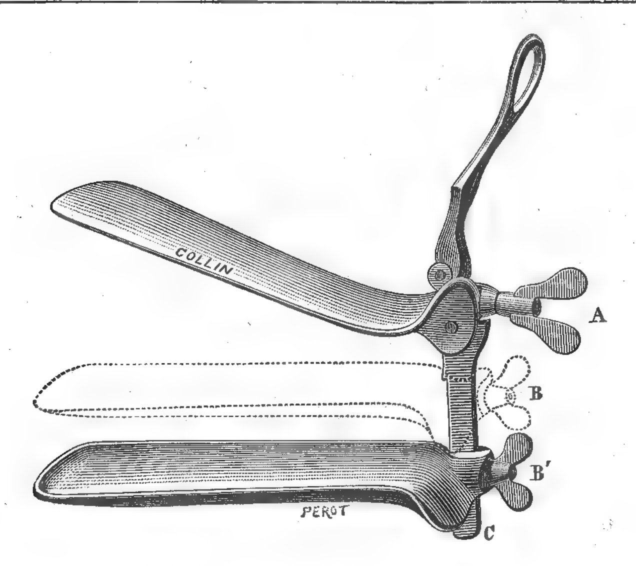
Lecture.

M. Guerlain, de Boulogne-sur-Mer, lit une observation intitulée : *Coup de pistolet dans l'oreille. — Fracture par propagation de la portion écailleuse du temporal. — Abcès du cerveau. — Mort. — Autopsie.*

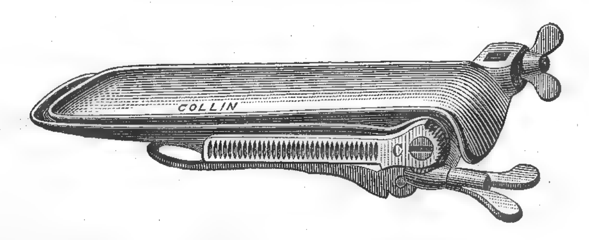
Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Després, Delens et Polaillon.

Présentation d'instruments.

M. le professeur Trélat présente, de la part de M. Collin un nouveau spéculum vaginal, dit spéculum à deux mouvements indépendants. Cet instrument a la forme et les proportions de celui de M. le Dr Cusco, mais son jeu est absolument nouveau.



En faisant agir la vis A on soulève la valve supérieure tandis que l'autre valve qui correspond au plancher du vagin reste horizontalement placée. En tournant la vis B, on écarte les valves parallèlement tout en conservant la première dilatation, on obtient ainsi un large champ d'exploration représenté par les figures BB. Cette double dilatation permet non seulement une exploration facile, mais elle donne surtout la possibilité d'introduire des instruments pour agir sur le col de l'utérus ou pour pratiquer l'ablation d'un polype, et cela d'autant plus aisément que, sur un côté, les valves sont indépendantes dans toutes leur longueur.



La deuxième figure représente le spéculum avec ses valves démontées ; l'instrument devient ainsi très facilement transportable.

M. Neugebauer, de Varsovie, présente une série de spéculums et un appareil propre à faciliter l'opération de la fistule vésico-vaginale.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire :

Ch. Perier.

Séance du 12 décembre 1883.

Présidence de M. Guéniot.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Le Bulletin de l'Académie de médecine.*

2° Une lettre de M. Tarnier demandant à être nommé membre honoraire.

A l'occasion du procès-verbal.

1° A propos du genu valgum.

M. Gillette. Je présente à la Société le malade dont j'ai parlé à la dernière séance, et que j'ai guéri d'un genu valgum au moyen de l'ostéoclasie, et je dépose son observation sur le bureau.

Genu valgum gauche. — Ostéoclasie (fracture de la partie inférieure du fémur à l'aide de l'appareil de M. Collin) ; guérison complète,

Par M. Gillette.

J'ai l'honneur de présenter à la Société un jeune garçon boucher de 18 ans, sur lequel j'ai pratiqué, le 19 mai 1883, dans mon service de Tenon, l'ostéoclasie pour un genu valgum gauche. Cette difformité ne remontait, au dire du malade, qu'à 5 ou 6 mois au moment de son entrée (23 mars), et il l'attribuait à son travail professionnel, assez fatiguant, et à l'habitude très fréquente qu'il avait de prendre un point d'appui ferme sur le membre inférieur, rejeté en arrière et écarté du tronc. Ce jeune homme, bien qu'assez vigoureusement constitué, est roux et d'un tempérament paraissant lymphatique. Cette malformation, lorsque le temps était pluvieux, était la cause de douleurs assez vives, et le malade désirait, s'il était possible, en être débarrassé.

Le 23 mars, l'écartement des deux malléoles internes était de

15 centimètres, les deux genoux se touchant par leurs condyles internes quand le garçon est debout; de plus, dans cette position, on sent une forte corde produite en dehors par le tendon du biceps.

Le 15 mai, la difformité s'est accentuée; l'écart entre les malléoles est de 18 centimètres.

Ostéoclasie. — Le 19 mai, à l'aide de l'appareil de M. Collin, après anesthésie chloroformique, au moment où l'adduction forcée arrive à 150 kilogrammes, on entend un bruit très fort, sec : le genu vulgum disparaît, et je fais constater à mes élèves, en prenant le membre au-dessus et au-dessous du genou, la *mobilité anormale* et la *crépitation* aussi nettes que possible : il n'y avait pas le moindre doute à avoir au point de vue de la fracture fémorale sus-condylienne, l'articulation et les ligaments restaient intacts; on constata seulement en dedans, au niveau du condyle fémoral interne, point où la pelote avait porté, une *plaque noirâtre,* de l'étendue d'une pièce de 1 franc, tenant à la pression très forte de la pelote sur les téguments. Cette plaque, que je craignais être une partie mortifiée, n'était qu'un peu d'*ischémie* dermique, car la circulation se rétablit à son niveau, au bout de quelque temps, et il n'y eut pas d'eschare.

Le premier appareil que j'appliquai chez ce jeune homme consistait en trois larges attelles (interne, externe et postérieure) entourées d'ouate et maintenues par des bandes silicatées : il souffrit beaucoup pendant les deux ou trois premiers jours, et je me décidai, le 23 mai, à lui appliquer un appareil plâtré remontant jusqu'à la racine du membre (attelle postérieure et long étrier). — A partir de ce moment, les douleurs se calmèrent; il n'y eut qu'un peu d'épanchement du genou, qui disparut rapidement, et ce membre resta dans la direction rectiligne, qui lui avait été imposée, jusqu'au jour où on lui retira l'appareil, c'est-à-dire le 28 juillet.

A ce moment, la consolidation était parfaite, sans cal vicieux, sans mouvement de latéralité du genou, ce qui témoignait de l'intégrité des ligaments latéraux, et le malade, pouvant fléchir la jambe, commença à marcher : un peu d'atrophie du membre gauche, côté opéré.

Le 12 août, le malade marche bien, la consolidation et la rectitude sont absolues, le cal est peu volumineux mais se sent (ce qui prouve qu'il y avait bien cal au niveau de la fracture).

Le 10 septembre, le jeune Sambaert part pour Vincennes, ne boitant pas du tout, et *il en revient à pied* jusqu'à l'hôpital Tenon, le 27 septembre, sans manifester aucune fatigue.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société les photographies de

mon malade, ici présent, avant et après l'opération, et je conclus :

1° A la facilité avec laquelle j'ai obtenu l'*ostéoclasie* du fémur, à l'aide de l'appareil Collin ;

2° A la commodité très grande avec laquelle nous avons fracturé le fémur à l'endroit où nous le désirions, c'est-à-dire au-dessus de l'épiphyse ;

3° A l'absence d'accident immédiat et de relâchement des ligaments qui a été observée par certains chirurgiens.

4° Au résultat *complet*, sans complications auxquelles l'ostéotomie aurait peut-être plus exposé le malade.

2° A propos des accidents hystériques succédant au traumatisme.

M. Polaillon. Je désire faire connaître l'observation suivante, que l'on pourrait ajouter à celles qui ont été produites, à la dernière séance, au sujet du développement d'accidents hystériques succédant au traumatisme.

Hoquet hystérique provoqué par l'ablation de la phalangette du gros orteil pour une exostose sous-unguéale récidivante.

La nommée Poup..., Julie, âgée de 17 ans, couturière, entre, le 25 septembre 1878, dans mon service à la Pitié, pour une exostose sous-unguéale du gros orteil gauche. Cette jeune fille est d'une bonne santé et n'a jamais présenté de troubles hystériques. Elle est d'une taille élevée et dit avoir grandi en très peu de temps.

Le 5 octobre, après avoir arraché l'ongle, nous enlevons l'exostose par abrasion.

Le 4 novembre, elle sort guérie.

Le 23 avril 1879, elle rentre dans le service. Le gros orteil est volumineux. L'ongle, qui a repoussé, est soulevé par une nouvelle exostose très sensible à la pression. Nous dénudons alors toute la partie antérieure de la phalangette et nous sectionnons toute son extrémité, qui est hypertrophiée et bosselée. La guérison arrive sans encombre, seulement le pied reste le siège de douleurs qui gênent la marche.

Le 10 novembre de la même année, nous voyons revenir Julie P... avec une récidive de sa tumeur et des douleurs très pénibles dont le point de départ paraît être le gros orteil.

Nous amputons alors toute la phalangette à l'exception du plateau articulaire.

Le jour de l'opération, survint un hoquet qui se continua sans interruption pendant toute la nuit et les jours suivants.

Ce hoquet était incessant, accompagné d'un bruit rauque analogue à un aboiement. Il empêchait le sommeil. Il s'accompagnait d'une sorte de constriction du pharynx produisant la sensation de la boule hystérique. La déglutition des boissons et des aliments était difficile. Ce-

pendant il n'y avait point de trismus, point de raideur musculaire, en un mot, point de phénomènes de tétanos. Nous avions affaire à un hoquet hystérique, provoqué par le traumatisme opératoire, chez une jeune fille qui n'avait cependant jamais eu de crises d'hystérie.

L'état de la malade était devenu alarmant.

Les pansements de l'orteil opéré et les attouchements sur cette partie du pied augmentaient l'intensité du hoquet.

Au bout de cinq à six jours, sous l'influence des antispasmodiques et, en particulier, du chloral, l'accident céda un peu. Le hoquet cessa d'abord pendant la nuit ; puis il ne se reproduisit plus qu'à intervalles de plus en plus éloignés. Enfin il disparut complètement.

Julie P... quitta la Pitié le 28 janvier 1880. Le gros orteil était guéri, mais il restait le siège de douleurs névralgiformes.

Rapport.

Quelques observations pour servir à l'histoire de l'ostéotomie, appliquée au redressement des membres, par M. G. Dubourg.

Rapport par M. Polaillon.

Messieurs, le Dr Dubourg, chirurgien adjoint à l'hôpital des Enfants de Bordeaux, a adressé à la Société quatre observations d'ostéotomie, que vous m'avez chargé d'apprécier au nom d'une commission composée de MM. Lannelongue, Desprès et Polaillon.

M. Dubourg a pratiqué la section osseuse deux fois pour le genu valgum, une fois pour une courbure rachitique du tibia et une fois pour une ankylose angulaire complète du genou.

Après un exposé sommaire de ces observations, je m'attacherai à vous présenter les réflexions qu'elles nous semblent comporter.

I. — *Ostéotomie linéaire des fémurs, pour genu valgum double. Enfant de 4 ans, guérison après deux pansements.*

Marie Gaillac, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants le 16 août 1882. État général excellent. Seuls les membres inférieurs présentant des déformations rachitiques très accentuées. Les deux genoux, saillants en dedans, gênent considérablement la marche ; les jambes, fortement déjetées en dehors, présentent, entre les deux malléoles internes, un éloignement de 11 centimètres. Les tibias eux-mêmes, surtout le gauche, présentent une courbure à convexité interne et antérieure ; le bord interne du pied est abaissé, le bord externe fortement relevé. Cette déformation existe des deux côtés, mais est surtout très prononcée à gauche.

Les genoux étant fléchis, on constate une hypertrophie notable des condyles internes des deux fémurs ; ils descendent à un bon centimètre au-dessous du condyle externe.

La rotule, de chaque côté, est déjetée en dehors.

17 *août*. — Ostéotomie des deux fémurs d'après les règles de Macewen. Anesthésie, spray phéniqué, pas de bande d'Esmarch. L'opération porte sur les deux genoux, d'abord le droit, puis le gauche.

De chaque côté, incision d'un centimètre 1/2, à deux travers de doigt environ au-dessus du condyle interne, un peu en avant et parallèlement au tendon du grand adducteur. L'incision est faite jusqu'au fémur. Puis j'introduis un ciseau moyen, de 8 millimètres de largeur, et je sectionne le fémur à petits coups, à l'aide du maillet en bois. De chaque côté, la section se fait facilement ; je m'arrête quand je crois avoir atteint les 3/4 de l'os à peu près. Saisissant alors le membre opéré, j'essaie avec la pression seule des mains, et *graduellement, avec beaucoup de douceur*, de le ramener dans la position rectiligne ; peu à peu je sens le fémur céder, comme une tige flexible, et je puis ainsi, tout doucement, le ramener dans une rectitude parfaite, sans fracture brusque de la partie d'os restée intacte. Les deux membres sont redressés. Pansement de Lister. Enroulement d'ouate sur chaque membre ; attelle externe ; le tout maintenu par quelques tours de bande silicatée.

Les jours suivants, pas de réaction ; pas de douleurs. La température n'est pas arrivée à 38°.

30 *septembre*. — Le pansement est définitivement enlevé , la consolidation est parfaite, le redressement complet. L'enfant est laissé libre dans son lit, mais je ne lui permets pas encore de marcher. Bains sulfureux.

12 *octobre*. — L'enfant commence à marcher. Revenue au mois de mai, elle marche bien, sans appareil d'aucune sorte.

II. — *Ostéotomie linéaire du fémur pour genu valgum, chez un enfant atteint de paralysie infantile du membre inférieur gauche.*

Georges Latorre, âgé de 4 ans, entre à l'hôpital des Enfants au commencement d'octobre 1882. Depuis longtemps déjà, atteint d'une paralysie incomplète, avec un peu d'atrophie du membre inférieur gauche, il marche difficilement, en fauchant, et traînant la jambe qui est fortement déviée en dehors. L'épine iliaque du même côté est abaissée : allongement apparent du membre. Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont très étendus, et exagérés dans toutes les positions. Enfin il existe un *genu valgum* très prononcé qui augmente encore la difformité et fait que l'enfant ne peut plus appuyer le pied que par son bord latéral interne. L'enfant étant dans le décubitus dorsal, et les genoux mis en contact, la malléole interne du côté malade est encore distante de celle du côté opposé de 10 centimètres. Désirant faire porter à l'enfant une bottine avec tuteurs latéraux, mais la déviation du genou s'opposant à l'application de

toute espèce d'appareils, je résolus d'abord d'opérer le redressement du membre.

14 *octobre*. Ostéotomie. Anesthésie ; précautions antiseptiques ordinaires. Incision de un centimètre et demi environ à la partie interne et inférieure de la cuisse, à trois centimètres au-dessus du condyle interne. Section du fémur avec le ciseau de Macewen. Cette section est laborieuse ; l'os est très résistant et paraît fortement éburné ; il faut près de sept minutes pour opérer la section, qui est *complète*.

Il est alors facile de mettre le membre dans une bonne position. Pansement habituel, puis ouate et appareil silicaté avec attelle externe. L'écoulement sanguin a été à peine appréciable.

Les deux premiers jours qui suivent l'opération, pas de fièvre. Le soir du 3e jour la température a atteint 38° ; pouls, 100. Mais à partir du 7e jour, la température est redevenue normale et ne s'est plus élevée depuis. L'enfant est gai ; mange bien. Le membre est dans la rectitude parfaite.

Vers la fin de *novembre*, l'enfant commence à se lever ; il ne fauche plus autant en marchant, mais il a toujours de la peine à se soutenir. On lui fait porter une bottine munie d'un tuteur métallique latéral, remontant jusqu'au bassin.

L'enfant, examiné le 1er mai 1883, marche déjà beaucoup mieux. Toutefois il lui faudra quelque temps encore avant qu'il puisse marcher sans appareil. Remarquons que l'application de ce dernier eût été impossible, sans le redressement préalable du membre.

Comme M. Dubourg, je suis grand partisan de l'ostéotomie de Macewen pour le genu valgum. Je pense qu'en s'entourant de précautions antiseptiques, cette opération offre peu de danger. Cependant ce n'est pas à l'ostéotomie que je me serais adressé pour opérer les petits malades dont je viens de rapporter les observations.

Remarquez, Messieurs, que ces deux malades avaient seulement 4 années. A cet âge, le tissu osseux, étant peu résistant, on redresse facilement le genu valgum, soit à l'aide des manœuvres de M. Delore, soit à l'aide d'un appareil à ostéoclasie. Pourquoi, dès lors, faire une fracture à ciel ouvert et par la méthode sanglante, lorsqu'on arrive au même but sans entamer la peau et, par conséquent, sans faire courir à l'opéré le danger d'une plaie, quelque antiseptique qu'on la suppose ? Je trouve dans un mémoire sur les *accidents de l'ostéotomie*, dont l'auteur encore inconnu concourt cette année pour le prix Laborie (p. 121 du manuscrit), que sur 59 ostéotomies, pour genu valgum, il y a eu 8 accidents légers, 8 accidents graves et 4 accidents mortels. La mortalité serait donc de 6,78 0/0, c'est-à-dire que cette opération serait en réalité plus dangereuse qu'on ne la suppose d'après les statistiques con-

nues, celles de M. Campenon, en particulier, qui n'attribue à l'ostéotomie que 3,3 0/0 de décès.

Je vous ai présenté dans l'avant-dernière séance une jeune fille de 15 ans, chez laquelle j'avais redressé un genu valgum double à l'aide de l'ostéoclaste de M. Collin. Vous avez pu constater que le résultat était aussi satisfaisant qu'on peut le désirer. Il y a plusieurs autres faits semblables de guérison.

Si l'on a signalé des désordres articulaires produits par l'ostéoclasie, c'est que l'on avait pratiqué l'opération sans méthode, avec des instruments mal appliqués ou mal faits. Si, en outre, on a observé des échecs, c'est qu'on agissait sur des sujets adultes, à un âge où les os sont trop solides pour que l'ostéoclasie soit applicable avec un succès constant. Mais, à ma connaissance, dans aucun cas on n'a eu à enregistrer des accidents mortels.

L'ostéotomie n'est donc pas, d'après nous, l'opération que l'on doit choisir pour redresser le genu valgum chez les adolescents et surtout chez les enfants. L'ostéoclasie arrive au même but avec moins de danger. Et si, par exception, l'ostéoclasie a échoué, on est toujours à temps de recourir à la méthode plus grave de l'ostéotomie. Pourtant, cette dernière opération me paraît préférable à l'ostéoclasie chez les adultes, parce que l'os résiste quelquefois d'une manière invincible, parce qu'on peut moins mesurer le lieu et l'étendue de la fracture et parce que les ligaments du genou sont plus exposés à des déchirures fâcheuses.

La troisième observation de M. Delaunay a pour titre :

III. — *Incurvation rachitique du tibia. — Ostéotomie linéaire. — Guérison après deux mois de traitement.*

Gaston Largière, âgé de 28 mois, est amené à l'hôpital des Enfants, le 23 août 1882. — État général assez bon, quoique l'enfant soit un peu amaigri.—Les membres supérieurs, un peu grêles, portent quelques traces de rachitisme.— Mais la déformation existe surtout du côté du *membre inférieur gauche.* — La marche s'effectue péniblement, la jambe déviée fortement en dehors, le pied n'appuyant sur le sol que par son bord interne. — Il existe une courbure manifeste du fémur du même côté, convexe dans le sens antéro-externe, concave en arrière. — La courbure s'accentue davantage à partir de l'extrémité supérieure du tibia et semble occuper surtout le tiers supérieur de cet os. — La malléole interne de ce côté est éloignée de l'autre de 9 centimètres environ.

30 *août.* — Opération après anesthésie, mêmes précautions antiseptiques; spray, etc. — Incision d'un centimètre et demi sur la surface interne du tibia, à un bon travers de doigt au-dessous d'une ligne passant par la tubérosité antérieure de cet os. — Section osseuse au moyen d'un ciseau ordinaire de Macewen, à petits coups. — Grande résistance de tissu osseux. — Après avoir sectionné les 3/4 à peu

près de l'épaisseur de l'os, je retire le ciseau et imprime quelques pesées sur la jambe. Mais ce n'est qu'après avoir déployé une certaine force, et après plusieurs tentatives, que je sens le membre céder peu à peu, avec quelques petits craquements, et que je pus opérer le redressement. Le péroné a du céder sans se fracturer.

Écoulement sanguin insignifiant, pansement phéniqué ; ouate ; appareil silicaté avec attelle externe maintenant le membre en rectitude parfaite.

Le petit malade a eu 38° le soir du deuxième jour ; la température n'est pas allée au delà.

L'appareil silicaté est enlevé 20 jours après l'opération. — La cicatrisation de la plaie n'est pas achevée ; il y a un peu de suppuration, la consolidation ne me paraissant pas très certaine, j'applique un nouvel appareil silicaté avec attelle en carton.

15 *octobre*. — La plaie suppure toujours un peu : les bords en sont décollés, elle offre la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Le 4 novembre, plaie cicatrisée, consolidation parfaite. Le membre est droit ; l'enfant se lève et commence à marcher.

Que dire de cette dernière observation, si ce n'est qu'elle révèle une tendance abusive et regrettable de l'ostéotomie. Tout le monde sait que chez un enfant de 28 mois, les courbures rachitiques des membres inférieurs ne sont pas définitives, qu'elles se redressent ordinairement sous l'influence du repos et de la croissance. Or une opération qui consiste à sectionner un os rachitique pour le rendre droit, chez un tout jeune enfant, est une opération prématurée et inutile. C'est une opération qui n'enlève pas la cause du mal, qui ne met pas le petit malade à l'abri d'une nouvelle courbure rachitique de son membre ; et par-dessus tout c'est une opération grave, puisque le petit patient de M. Dubourg a eu de la supuration osseuse et a mis deux mois à guérir.

Après ces critiques; je n'ai que des éloges à adresser à M. Dubourg pour sa quatrième opération, dont voici le résumé.

IV. — *Ostéotomie cunéiforme du fémur, pour ankylose angulaire du genou, chez un enfant ayant déjà subi la résection du genou deux ans auparavant. — Guérison.*

Pierre C., âgé de 14 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 2 février 1881, présentant une flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse de côté droit.

En 1876, il avait alors 10 ans, il avait une arthrite qui fut soignée par le *redressement* et l'*immobilisation*. A peine sorti de l'hôpital, il fut repris d'accidents graves du côté du genou, et soigné chez lui tant bien que mal. — Il reparaît à l'hôpital en 1878, et on lui pratique cette fois la résection de l'article, la jambe commença à se fléchir peu à peu.

Cette position vicieuse alla s'accentuant de jour en jour de manière à amener la flexion angulaire du genou et de l'ankylose osseuse :

Le 30 avril 1881, je pratique l'opération suivante :

Anesthésie. — Spray phéniqué. — Précautions antiseptiques d'usage. Bande d'Houzé de l'Aulnoit. — Au niveau de la partie saillante du genou, sur les condyles fémoraux qui se dessinent sur la peau (la rotule avait été enlevée à la première opération), je pratique une incision transversale, allant jusqu'à l'os, de 8 centimètres environ. — Le périoste étant sectionné, je le détache en haut et en bas, de façon à mettre le tissu osseux complètement à nu, sur une hauteur de 3 centimètres environ. — La peau et les parties molles de la région poplitée étant alors fortement repoussées en arrière, les angles de l'incision protégés par de petites attelles en bois, je pratique doucement une première tranche de section en haut, à la limite supérieure des condyles, au moyen d'une scie très fine, ayant bien soin de m'arrêter dès que je sens céder un peu le fémur. — Puis, 2 centimètres et demi au-dessous de la première, nouvelle section, cette fois dans l'épaisseur même des condyles, et allant rejoindre la première en arrière, de façon à enlever un coin en forme de V. — Cette section terminée, avec toutes les précautions voulues pour ne pas dépasser le but, je fais sauter ce coin osseux avec un ciseau très étroit, que je pousse seulement avec le talon de la main. Quelques lamelles osseuses restent seulement en arrière : je les sens céder facilement, en redressant doucement le membre. Toutefois cette première tranche de section ne suffisant pas pour mettre le membre dans la rectitude parfaite, je dus à nouveau enlever avec la scie une deuxième rondelle osseuse, aux dépens de la portion inférieure. Les deux fragments enlevés formaient, en les réunissant, un coin de 3 centimètres d'épaisseur à la base.

Il me fut alors facile de m'assurer que le redressement était possible, sans avoir besoin de sections tendineuses. Le champ opératoire nettoyé, tout écoulement sanguin ayant cessé sans qu'il y ait besoin de ligatures, le membre bien redressé, je l'installai dans une gouttière garnie d'ouate. Drainage et suture superficielle au crin. Pansement de Lister.

Suites simples. Suppuration légère. Au bout de deux mois il y a encore un peu de mobilité dans le genou. Appareil silicaté. Quelques jours après, on permet au malade de se lever.

1er *août*. — L'appareil est enlevé. La consolidation est complète, le membre est parfaitement redressé. Toutefois, et par mesure de prudence, on remet un nouvel appareil silicaté ; le jeune malade est renvoyé chez lui, il marche facilement ; il revient nous voir le 5 septembre : l'appareil est définitivement supprimé et le membre laissé libre.

J'ai revu cet enfant dans le courant de mai 1883, 2 ans après l'opération. La guérison s'est maintenue et le membre est toujours dans la rectitude parfaite. Le raccourcissement de cinq centimètres à peine, est facilement corrigé par une bottine à talon élevé. La claudication est à peine appréciable.

L'observation que je viens de résumer a été bien conçue et bien conduite. L'ostéotomie était parfaitement indiquée dans ce cas, et je pense qu'aucune autre opération ne pourrait donner un succès plus complet que celui que M. Dubourg a obtenu.

Bien que je diffère d'opinion avec M. Dubourg sur les cas dans lesquels l'ostéotomie doit être appliquée, je reconnais avec empressement que notre confrère de Bordeaux s'est montré chirurgien habile et je propose à la Société de lui voter des remerciements, de l'inscrire sur la liste des membres correspondants et de déposer son travail dans nos archives.

Discussion.

M. Reclus. J'ai pratiqué 9 ostéoclasies ; 3 pour genu valgum et 6 pour des déformations rachitiques chez des enfants de 3 à 7 ans. J'ai obtenu 9 succès et je n'ai constaté aucun inconvénient sérieux à la suite de cette opération, pratiquée à l'aide de l'appareil de Colin. Ces enfants marchaient au bout de deux mois.

J'eus une fois un léger sphacèle au niveau du point d'application de l'instrument, il n'entrava en aucune façon la guérison. Une autre fois, après la fracture du tibia d'un rachitique, je m'aperçus que les contractions du triceps sural étaient telles, qu'elles rendaient impossible le redressement du membre. Je fis la section du tendon d'Achille, et, de ce moment, les choses marchèrent à merveille.

Bœckel, qui a fait beaucoup d'ostéoclasies, a dit quelque part que l'on devait toujours essayer le redressement manuel, mais que si celui-ci ne réussissait pas, il y avait bien peu à compter sur le redressement à l'aide des appareils. Dans ces cas, en effet, l'obstacle à vaincre siège au niveau du quart supérieur de l'os, et cette région est trop voisine de l'articulation pour que les instruments puissent prendre un point d'appui sur elle.

Tel n'est pas mon avis. Dans chacun de mes cas, l'ostéoclasie manuelle fut tentée, et elle le fut sur des gens robustes; elle ne réussit qu'une fois, tandis que l'ostéoclasie mécanique réussit admirablement dans les 8 autres cas; les résultats qu'elle fournit furent même préférables à ceux obtenus à l'aide des efforts manuels, puisque chez le malade où cette méthode fut suffisante, la section de l'os, au lieu de porter sur son point culminant, porta sur son point le plus faible, et il en résulta l'impossibilité d'obtenir un redressement sans difformité.

En présence de semblables résultats, je me demande, moi aussi, si les chirurgiens ont bien le droit de pratiquer sur des enfants de quatre ans, et surtout de vingt-huit mois, des opérations analo-

gues à celles qui viennent de nous être rapportées et qui donnent 4 morts sur 48.

M. Gillette. Les trois premières opérations dont il vient d'être question m'ont un peu étonné. L'ostéotomie ne doit jamais être employée sur les jeunes enfants. Je vais plus loin, et j'estime que l'ostéoclasie elle-même est le plus souvent inutile sur les enfants au-dessous de sept ans, surtout s'il s'agit de rachitisme ; avant cet âge, en effet, le rachitisme, lorsqu'il existe, n'est pas encore guéri, et d'ailleurs on obtient souvent d'excellents résultats avec le redressement graduel.

Chez l'adulte, à l'âge où l'ostéotomie est permise, il est encore possible de combiner cette opération avec l'ostéoclasie. On sectionne au marteau une portion de l'os, et l'on fracture avec les mains la portion restante.

En ce qui concerne le quatrième malade, j'approuve la conduite tenue par le dernier chirurgien qui est intervenu, mais je ne puis m'empêcher de trouver épouvantable la négligence de celui auquel incombe la responsabilité de l'ankylose angulaire.

J'ai, en ce moment, dans mon service, un malade analogue. Son ankylose angulaire est survenue à la suite d'une résection du genou faite à Strasbourg. Je me propose de le réséquer à nouveau, et de mettre cette fois son membre dans la rectitude.

M. Verneuil. Je ne suis pas hostile à l'ostéotomie ; j'ai même présenté à la Société un cas d'ostéotomie du fémur qui avait donné de bons résultats, mais je préfère l'ostéoclasie, lorsqu'il s'agit de genu valgum ou de rachitisme, aujourd'hui surtout où nous sommes très bien outillés pour ce genre d'opération. C'est ainsi qu'au mois de juin dernier, j'ai traité, par cette méthode, un jeune homme dont le fémur était véritablement énorme ; la fracture a porté un peu au-dessus des condyles, mais le résultat n'en a pas été plus mauvais. C'est à ce point que je me demande s'il ne serait pas préférable de rechercher de parti pris ces fractures élevées, qui respectent le genou, bien plus facilement que les fractures condyliennes.

Le malade auquel je viens de faire allusion, comme le malade de M. Gillette, a présenté, au niveau du point d'appui de l'appareil, une petite tache grise qui a très rapidement disparu.

M. Reclus, tout à l'heure, déclarait erronée l'opinion de M. Bœckel, disant que l'appareil de Collin ne pouvait produire de fracture au niveau du point voulu, lorsque ce point siégeait près d'une articulation. Je ferai remarquer, à ce sujet, que M. Bœckel parlait de l'appareil de Collin avant les perfectionnements successifs qui y

ont été apportés en ces derniers temps, et que, dès lors, il avait peut-être raison dans ses objections. Mais, aujourd'hui, les choses sont changées, et je ne doute pas que M. Bœckel, s'il s'est servi à nouveau de l'appareil, ne professe une toute autre opinion.

Tout récemment encore, j'avais à redresser un tibia d'adulte, fracturé trois mois auparavant à sa partie supérieure, et vicieuse-consolidé. L'appareil de Collin m'a permis de produire la fracture au point voulu, c'est-à-dire près de l'articulation du genou.

En ce qui concerne le quatrième malade de M. Dubourg, atteint d'ankylose angulaire, il y a lieu de se demander s'il n'eût pas obtenu un résultat suffisant en essayant de redresser le membre par simple rupture. Tout récemment, j'ai eu à soigner un homme âgé, atteint de cette ankylose angulaire, et qui s'était cassé le fémur, immédiatement au-dessus de l'article. J'ai profité de la circonstance pour lui redresser son membre, et grâce à une consolidation vicieuse du fémur, le résultat obtenu a été certainement bien meilleur que si on l'avait ostéotomisé.

Dans deux cas d'ankylose angulaire, cette fracture s'est produite pendant que je faisais des tentatives de redressement. Une fois elle portait sur le fémur, une fois sur le tibia, Je n'en ai pas moins redressé les membres et les malades en ont retiré un grand bénéfice.

Il est bon de savoir que les fractures que l'on détermine en pareille circonstance ne nécessitent pas l'emploi d'une force considérable, ce qui tient sans doute aux altérations de la substance osseuse voisine d'une articulation ankylosée. Cette fracture se fait d'autant plus facilement que l'on a fléchi le membre avant de l'étendre.

M. Berger. Il ne faudrait pas rejeter l'ostéotomie pour le redressement du genu valgum des adultes ; cette opération donne de bons résultats, ainsi que vous avez pu le constater sur un enfant déjà âgé que je vous ai présenté.

En ce qui concerne le redressement des courbures rachitiques, il est certain que l'ostéoclasie doit être préférée, chez les enfants surtout. Il est bon cependant de savoir que cette dernière opération n'est pas exempte de danger.

J'ai vu, cette année, une jeune fille ostéotomisée pour une courbure de ce genre; la consolidation des fragments ne se faisant pas, on eut recours à la suture osseuse, qui fut également impuissante, et à l'heure actuelle, six ans après la première opération, cette jeune fille a encore un membre de polichinelle qu'elle gardera probablement toute sa vie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une ankylose angulaire an-

cienne du genou, consécutive à une tumeur blanche, je suis d'avis que c'est au redressement que l'on doit avoir recours tout d'abord. Mais là encore on peut s'exposer à des échecs. Les os, considérablement altérés dans leur structure, peuvent ne pas se casser au point voulu — la consolidation peut faire défaut, ou tout au moins être retardée, ainsi que je l'ai vu sur un malade ankylosé dans la rectitude, l'axe du tibia étant placé en arrière de l'axe du fémur — enfin les efforts de redressement peuvent amener une luxation postérieure, ce qui, je n'ai pas besoin de vous le dire, est une grosse complication.

M. Terrillon. J'ai pratiqué l'ostéoclasie manuelle du tibia d'un enfant rachitique, et j'en ai obtenu de bons résultats. C'est là une manœuvre que l'on devra toujours essayer avant d'employer l'appareil de Collin. Cet instrument est excellent sans doute ; mais, à mon avis, il ne vaut pas les efforts exercés directement par le chirurgien.

M. Desprès. Faire l'ostéoclasie ou l'ostéotomie des os d'enfants rachitiques me paraît absurde et anti-chirurgical. Il n'y a pas d'exemple d'enfant rachitique de deux à trois ans chez lequel une bonne nourriture, une hygiène convenable n'aient suffi à guérir la maladie et à redresser les courbures déjà formées.

Quant aux opérations que l'on fait chez les adultes rachitiques, elles sont peut-être rationnelles, mais elles sont certainement très mal conçues. Que fait-on, en effet, quand on pratique une seule entaille cunéiforme sur le point culminant de la courbure et que l'on approche les deux bords de la solution de continuité ? Le membre, au lieu de faire un seul arc de cercle, en fait deux, mais il n'en reste pas moins difforme pour cela. Pour obtenir le résultat cherché, il faudrait imiter le menuisier qui est appelé à redresser une pièce courbe, c'est-à-dire faire sur la convexité de la courbe une série de petites entailles cunéiformes, voisines les unes des autres, et occupant une grande étendue de cette courbe.

D'ailleurs, ces courbures rachitiques sont-elles si gênantes ? J'observe en ce moment un enfant qui a des courbures de ce genre, très prononcées. Comme il a eu la chance de ne jamais être placé entre les mains d'un chirurgien ostéotomiste ou ostéoclasique, qui eût voulu faire sur lui de la médecine opératoire, il marche admirablement.

M. Monod. J'ai eu à traiter aujourd'hui une ankylose rectiligne du coude, consécutive à une fracture. J'ai voulu placer le membre dans une bonne position, et pour cela j'ai essayé de rompre les

adhérences articulaires. C'est au niveau de l'ancienne fracture que s'est produite la solution de continuité.

M. Reclus. S'il était vrai que les courbures rachitiques fussent capables de guérir par le seul fait du développement, aidé d'une bonne nourriture et d'une bonne hygiène, nous ne verrions pour ainsi dire pas d'adultes rachitiques ; or, c'est le contraire que nous observons.

M. Després. Parce qu'on ne les a pas traités.

M. Reclus. En tous les cas, il est probable que nous aurons toujours affaire à quelques-uns de ces malades non traités.

M. Gillette nous dit que l'on vient à bout des courbures rachitiques par des moyens de douceur, lorsque l'enfant n'a pas sept ans. C'est possible, mais ce n'est pas constant, et il est des cas où l'éburnation des os malades est telle, que l'opération est absolument indiquée et que la bonne hygiène ne suffit pas.

M. Lucas-Championnière. Je ferai à la statistique qui nous a été apportée par M. Polaillon, l'objection que j'ai déjà faite aux statistiques relatives à la fracture de la rotule. Prendre au hasard cinquante et quelques cas provenant de la pratique de chirurgiens divers qui se sont servis de méthodes diverses, et ont opéré sur des cas différents, rechercher le nombre de morts et dire : Voilà la proportion des succès et des insuccès, me paraît être une méthode très défectueuse, lorsqu'il s'agit de rechercher la valeur d'une opération comme l'ostéotomie.

On s'expose, en effet, à compter dans cette statistique des opérations médiocres, faites en dehors de toutes les conditions assurant le succès, et dont le mode de terminaison ne saurait avoir aucune signification.

Ainsi, dans le cas particulier, si, au lieu de prendre les cas en bloc, au hasard, on avait envisagé seulement la statistique de Macewen, on aurait vu que, sur un nombre véritablement immense d'ostéotomies, cet auteur n'a pas eu un seul cas mortel. Ce résultat n'a pas lieu de me surprendre, car si je me reporte aux quelques opérations que j'ai pratiquées sur les os, je suis frappé du peu de réaction dont elles se sont accompagnées, et de la facilité avec laquelle elles ont guéri. J'ai même vu un cas où cette guérison a été bien plus rapide que s'il s'était agi d'ostéoclasie, ou de redressement lent avec des appareils. Cette dernière méthode, d'ailleurs, n'est applicable qu'aux tout jeunes enfants.

En résumé, il est injuste de juger une opération d'après les résultats qu'elle donne entre les mains de tous les chirurgiens qui

l'emploient. Vous ne devez tenir compte que de ceux que l'on a obtenus lorsqu'on a mis toutes les chances de succès de son côté.

Il est possible alors que l'expérience vous apprenne non seulement que vous pouvez obtenir les résultats de l'ostéoclasie avec l'ostéotomie sans plus de dangers, mais en outre que la réparation se fait dans des conditions plus favorables. Si l'individu comme je l'ai vu, se remet plus vite, s'il n'a aucune complication d'arthrite, si la rectitude du membre est plus parfaite, donnant une colonne plus solide, on conclura facilement que l'ostéotomie est comme méthode générale préférable à l'ostéoclasie, quelque simple et bénigne que celle-ci ait paru à une appréciation trop superficielle.

M. Després. Je répète que lorsqu'il s'agit des jeunes enfants, pris au moment du passage de la première à la seconde dentition, c'est au traitement médical seul qu'il faut demander la guérison des courbures rachitiques. Plus tard, lorsqu'on se trouve en présence d'un cas incurable par cette méthode, on doit tenir grand compte du fait que ces courbures ne gênent pas toujours les fonctions des membres, autant du moins qu'on pourrait le croire. L'intervention chirurgicale dès lors devient inutile.

Si je me résolvais à opérer, c'est à l'ostéotomie que je donnerais la préférence, en enlevant non pas un, mais plusieurs coins osseux. Avec l'ostéoclasie, on ne sait pas ce que l'on fait ; il est même des cas où il est difficile d'affirmer la production d'une fracture : tel est, par exemple, le cas de M. Gillette, qui a guéri sans laisser trace de cal, chose bien extraordinaire, vous l'avouerez, lorsqu'il s'agit d'une fracture de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Gillette. Je trouve pour le moins étrange que M. Després nie la fracture du fémur chez le malade présenté par moi au commencement de la séance.

Quand on a tenu entre les mains les fragments d'un os, qu'on les a fait mouvoir l'un sur l'autre, que l'on a perçu une crépitation des plus nettes, on est bien en droit, je pense, de dire que cet os a été cassé ; il n'est pas besoin de faire l'autopsie pour cela. Quant à l'absence de cal appréciable à l'extérieur, c'est là une circonstance heureuse, qui n'a rien d'extraordinaire.

M. Després. Je veux croire qu'il y a eu fracture, puisque vous le dites, mais reconnaissez que l'absence de cal me donnait bien le droit d'émettre quelque doute à ce sujet.

M. Gillette. Mais il y a nombre de fractures qui guérissent sans cal appréciable.

M. Després. Je n'en ai jamais vu.

M. Trélat. Il y a bien des manières de juger de semblables questions, mais ce n'est pas par des théories que l'on y arrivera.

La comparaison que vient de nous faire M. Després, par exemple, en assimilant les os à des morceaux de bois courbes, et les chirurgiens à des menuisiers, est sans doute très ingénieuse, mais elle ne saurait nous fixer sur la valeur relative de l'ostéotomie et de l'ostéoclasie.

C'est par des observations, basées sur des faits précis, comparables les uns aux autres, que l'on arrivera, non pas sans doute à dire quelle est la meilleure de ces deux méthodes, mais quelles sont les indications de chacune d'entre elles ; en effet, il ne saurait plus faire de doute pour personne qu'il est des cas où l'une ou l'autre de ces opérations est formellement indiquée.

Si nous discutons la valeur de l'ostéotomie sans faire de distinctions, si nous comparons les ostéotomies pratiquées pour les genu valgum, les courbures rachitiques, les flexions angulaires suite de fracture, et celles produites par des tumeurs blanches, nous ne pouvons arriver qu'à la confusion la plus complète.

J'ai vu bien souvent des méthodes rivales, opposées ainsi l'une à l'autre par des adversaires convaincus ; il me suffit de rappeler, à cet égard, le taxis et la kélotomie. Or, c'est par la méthode à laquelle je convie la Société de se rallier que l'on est arrivé à poser les indications de chacune d'elles.

Rassemblez donc les cas où l'on a fait soit l'ostéoclasie, soit l'ostéotomie, et voyez les résultats obtenus, en tenant compte non seulement de la nature de l'infirmité à laquelle on a voulu remédier, mats encore, ainsi que l'a fait remarquer M. Lucas-Championnière, des différences résultant du mode de pansement, de l'habileté du chirurgien, etc.; et quand vous aurez un nombre suffisant de faits de ce genre, c'est alors, mais seulement alors que vous pourrez dire : Dans tel cas, on devra employer l'ostéoclasie ; dans tel autre, c'est à l'ostéotomie que l'on doit avoir recours.

C'est une simple motion d'ordre que je fais en ce moment, mais je la crois utile, car j'avoue que pour mon compte je ne comprends guère que l'on adresse le même blâme ou la même approbation à des opérations aussi dissemblables que celles sur lesquelles nous venons de discuter.

Il est clair, en effet, pour ne prendre que le rapport de M. Polaillon, que l'on ne peut faire rentrer dans la discussion de l'ostéotomie prématurée, appliquée au traitement des courbures rachitiques, l'observation relative au traitement d'une ankylose angulaire du genou.

M. Polaillon. Il résulte de la discussion qui vient de se produire que le sentiment de la Société est, en général, celui que j'ai exposé dans mon rapport. En résumé, l'ostéoclasie est la méthode de choix pour le redressement du genu valgum et de certaines courbures rachitiques chez les enfants et chez les adolescents. Mais chez les adultes, où l'ostéoclasie peut échouer, être difficile, ou amener des désordres, l'ostéotomie vaut mieux. L'ostéotomie est une très bonne opération lorsqu'elle est indiquée, comme dans le cas de M. Dubourg, d'une ankylose osseuse angulaire du genou après une résection.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Verrier lit un travail intitulé :

Placenta et cotylédon supplémentaire. Insertion du placenta dans la zone dangereuse et du cotylédon sur le col simulant une insertion centre pour centre.

Ce travail est renvoyé à l'examen de M. Polaillon.

Présentation de malade.

M. Pozzi présente le malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule il y a six mois, pour une fracture transversale avec grand écartement, épanchement sanguin et large déchirure des tissus fibreux périphériques. M. Pozzi a déjà fait allusion à ce malade lors de la discussion récente et il en dépose l'observation sur le bureau. On se souvient que dans des tentatives ultérieures de mobilisation de l'articulation, le cal osseux de la rotule a été rompu. Mais la rupture n'a pas atteint les tissus fibreux et l'écartement a été très modéré, grâce sans doute à ce que les anses du fil d'argent, laissées dans la suture, ont empêché l'écartement : actuellement, il y a plutôt articulation par arthrodie des deux fragments qu'écartement véritable. Le repos au lit pendant quinze jours, sans appareil (le malade est aliéné et très indocile), a été seulement imposé au malade après la rupture de son cal. Depuis lors — il y a un mois — le malade marche très facilement, presque sans boiter, mais la jambe raide. (Il y a, en effet, une très

grande raideur articulaire et c'est pour cela qu'on avait essayé la mobilisation qui a détruit le cal osseux.)

Le genou porte la trace de l'incision transversale et du passage des drains. Il n'y a pas de déformation. En palpant la rotule, on sent difficilement entre les deux fragments un intervalle de *moins d'un centimètre* occupé par un cal fibreux très résistant,

L'atrophie du triceps ne peut être combattue par l'électricité, vu l'indocilité du sujet.

En somme, le résultat est excellent malgré le petit accident qui a altéré le résultat primitivement obtenu. On peut dire que s'il n'est pas aussi beau *anatomiquement* que si la soudure était demeurée osseuse, il est aussi beau *cliniquement*. Dès que la raideur articulaire actuelle aura diminué — ce que l'on peut espérer — la claudication légère qui existe encore pourra peut-être même disparaître. J'attire l'attention sur l'importance de cette raideur : ici c'est elle, bien plus que l'atrophie du triceps, qui est une gêne pour la marche. C'est un troisième facteur à mettre comme accident consécutif sur le même rang que l'atrophie du triceps et la longueur excessive du cal. Ici elle a été favorisée par la longue durée de l'application de la gouttière plâtrée, imposée par l'état mental du blessé.

Présentation d'un instrument.

M. DE SAINT-GERMAIN. Messieurs. J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie un *instrument* nouveau exécuté, sur mes indications, par M. Monlon et *destiné spécialement à l'ostéotomie cunéiforme*.

Il se compose de deux mors coupants à fa façon d'un emporte-pièce et rapprochés exactement à l'aide de deux énormes bras de levier.

Cet instrument nécessite l'intervention de deux personnes. La première (et c'est au chirurgien qu'il appartient de se réserver ce rôle) ajuste pour ainsi dire les mors, les met en place de façon à réséquer le coin voulu et à ne réséquer que ce coin. L'aide qui devra être vigoureux sera chargé de peser graduellement sur les deux leviers de façon à opérer la résection.

Ce nouvel ostéotome expérimenté par moi sur des tibias, des humérus, des fémurs appartenant à des cadavres d'enfants de deux à six ans m'a donné les meilleurs résultats. J'espère que son application sur les déformations rachitiques donnera les mêmes

effets, et je me réserve d'entretenir la Société des opérations que je compte pratiquer bientôt à l'aide de cet instrument.

Élections.

Sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membre correspondant national : MM. Trélat, Tillaux, Chauvel, Lannelongue.

Sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats aux places de membre correspondant étranger : MM. Verneuil, Richelot, Lucas-Championnière, Polaillon.

La séance est levée à cinq heures vingt minutes.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 19 décembre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de Médecine ;*

2° *Comptes rendus de l'Institution Smithsoniam, pour* 1881 ;

3° *De la dilatation préfœtale de la vulve comme moyen de prévenir les déchirures du périnée,* par le Dr DUMAS, agrégé de la faculté de Bordeaux.

4° M. LABBÉ présente de la part de M. ROBIN (de Lyon), une note accompagnée de photographies sur le *traitement du genu valgum par l'ostéoclasie.* (Ce travail est renvoyé à la commission précé-

demment nommée pour l'examen du travail de M. Robin, lu à la Société de chirurgie.)

A l'occasion du procès-verbal.

Genu valgum.

M. Polaillon. J'ai reçu une lettre de M. Daniel Mollière (de Lyon), au sujet de l'ostéoclasie appliquée au traitemant du genu valgum. M. Mollière a traité un assez grand nombre de genu valgum, 80 environ, et il s'est servi pour cela de l'appareil de Robin, qui nous a été présenté il y a quelque temps. Cet appareil, que notre correspondant regrette de ne pas avoir vu cité dans la discussion pendante, lui aurait donné de bons résultats : il n'a jamais eu d'accidents.

Je répondrai à M. Mollière : L'appareil de M. Robin a été cité dans la discussion par M. Verneuil, et si nous ne nous en servons pas à Paris, ce n'est nullement parce que nous le repoussons, mais bien parce que nous avons sous la main l'appareil de Collin, qui est excellent.

M. Larger lit la note suivante :

De la torsion combinée avec les mouvements forcés de l'articulation, dans la réduction manuelle du genu valgum chez les enfants.

J'ai pratiqué, il y a 3 ans environ, l'ostéoclasie manuelle chez un enfant de 5 ans, pour un cas de genu valgum manifestement rachitique et dont voici le moule. Ce cas est des plus ordinaires par lui-même et je n'en parlerais pas si, pour obtenir la réduction de la difformité, je n'avais eu recours à une manœuvre qui n'a pas encore été signalée, que je sache, et qui, dans l'espèce, m'a été fort utile.

Cette manœuvre est la *torsion du membre*. Après une demi-heure d'efforts infructueux et répétés de redressement dans le sens angulaire, je n'avais obtenu le moindre résultat. Complètement à bout de forces, j'allais abandonner la partie pour recourir plus tard à l'ostéotomie, lorsque l'idée me vint d'essayer du moyen suivant :

Faisant fixer par la main d'un aide la cuisse du malade sur la table, le genou sur le rebord de cette table et la jambe dans le vide, j'appliquai la main gauche solidement sur le genou, au niveau des condyles du fémur, tandis que de la main droite, je saisis

la jambe par son milieu et lui imprimai un violent mouvement de torsion en dedans : en même temps, j'opérais une flexion exagérée du membre sur la cuisse que ma main et celles de l'aide abandonnaient petit à petit. Au même moment, il se produisit un craquement dans la tête du tibia et, en redressant la jambe, j'éprouvai l'agréable surprise de voir que le valgum était réduit. J'appliquai un appareil inamovible que je laissai en place 2 mois environ et la guérison fut complète.

A cette époque, l'admirable travail de M. Ollier sur l'*entorse juxta-épiphysaire des os* n'avait pas encore paru, et je ne me rendais pas exactement compte de la lésion qu'avait pu déterminer la manœuvre que j'avais employée. Mais aussitôt après la lecture de ce mémoire, je ne doutai pas un instant que ce que j'avais produit par la torsion combinée avec la flexion forcée n'était autre que l'entorse juxta-épiphysaire du tibia. M. Ollier à qui j'ai demandé son avis sur ce cas, a bien voulu confirmer cette manière de voir.

Je crois en conséquence — fort en ceci de l'opinion de l'éminent maître lyonnais — qu'à l'effort angulaire conseillé par Delore, dans le redressement manuel du genu valgum, il convient d'ajouter, chez les enfants, les mouvements forcés de flexion et d'extension de l'articulation, mouvements à l'aide desquels on produit expérimentalement, sur le cadavre, l'entorse juxta-épiphysaire du fémur ou du tibia, suivant le cas. Il y aura avantage à combiner ces manœuvres avec la *torsion* que M. Ollier, dans la lettre qu'il me fait l'honneur de m'écrire, accepte comme « un des meilleurs moyens » pour atteindre le but désiré, quoiqu'il n'y ait que faiblement insisté dans son travail.

M. Gillette. J'ai été très étonné, à la dernière séance, d'entendre M. Després douter de la fracture que j'avais faite, mais je suis persuadé que ce doute était plus dans ses paroles que dans son esprit. Il n'est pas admissible, en effet, qu'un chirurgien nie l'existence d'une fracture, lorsqu'on lui affirme que l'on a constaté de la mobilité anormale, de la crépitation et de la déformation.

Mais ce n'est pas tout : M. Després nous a dit qu'il n'était pas possible d'obtenir de consolidation osseuse sans cal appréciable. C'est là une erreur ; il n'est pas un de nous qui n'ait rencontré un de ces cas, comparable si l'on veut à la réunion par première intention des parties molles.

Tout récemment, j'ai vu deux fractures du fémur dans ces conditions ; il s'agissait, il est vrai, de jeunes sujets.

L'une de ces fractures fut très difficile à réduire, et cependant, au bout de quatre mois, il était impossible de reconnaître le point sur lequel elle avait porté.

En ce qui concerne les ruptures d'ankylose suite de fracture, dont il a été question à la dernière séance, je ferai remarquer que ce sont là des cas qui ne sont pas comparables aux ostéoclasies pour genu valgum, et s'il est plus facile de rompre le cal que de détruire l'ankylose, cela résulte de la présence, à l'intérieur de l'article, d'adhérences de nouvelle formation.

M. Tillaux. Je rappellerai, tout d'abord, que je crois être le premier qui aie fait, à Paris du moins, l'ostéoclasie suivant la méthode préconisée par Delore en 1875. Je crus même devoir introduire une légère modification dans l'opération, en ce sens que M. Delore redressait le genou en pressant sur la partie convexe du membre, tandis que j'obtenais le même résultat en pressant de dehors en dedans, et avec la main, le tibia pris comme bras de levier.

Depuis cette époque, M. Collin a imaginé l'appareil que vous connaissez. Cet appareil a une utilité réelle, parce que bien souvent la force nécessaire pour redresser le membre ne peut être obtenue avec la main.

J'ai fait une trentaine de ces opérations pour genu valgum, mais je n'ai pas redressé de courbures rachitiques, ce qui est bien différent. Je ne saurais, en effet, considérer le genu valgum comme du rachitisme. C'est ainsi, par exemple, que mon premier malade était un robuste gaillard de 16 à 18 ans, qui portait journellement sur sa tête 80 livres de viande ; c'est à ce point que je n'étais pas loin d'attribuer une certaine influence, dans le développement de sa maladie, à la pression exercée par ce fardeau.

On a voulu opposer au redressement brusque le redressement lent ; c'est, je crois, une erreur, tout au moins lorsqu'il s'agit d'adultes ; j'ai essayé plusieurs fois cette dernière méthode, et je n'en ai pas obtenu de bons résultats.

Postérieurement à l'ostéoclasie, l'on a proposé l'ostéotomie. Je n'ai pas une grande pratique de cette dernière opération, dans laquelle on est obligé de pratiquer une fracture exposée ; toutefois, je serais assez disposé à lui préférer l'ostéoclasie, qui joint à l'avantage de ne produire qu'une fracture sous-cutanée l'excellence du résultat obtenu. Tous les malades que j'ai opérés ont été guéris et ont très bien marché. Je fais cependant une réserve pour l'un d'entre eux, opéré dans le service de M. Duplay, qui éprouvait une certaine gêne dans le genou, longtemps après la guérison de l'opération.

Nous ne devons pas nous dissimuler, en effet, que l'ostéoclasie intéresse plus ou moins l'appareil ligamenteux du genou, et qu'il peut en résulter des inconvénients ; mais reste à savoir si ces in-

convénients ne sont pas moindres que ceux qui sont la conséquence de l'ostéotomie.

M. Delens. J'ai traité, depuis 1875, dix jeunes garçons de 15 à 18 ans, atteints de déviations des genoux, se traduisant par un écartement des malléoles qui a varié de 15 à 35 centimètres.

Pour remédier à la difformité j'ai employé successivement les manipulations forcées par la méthode de Delore, puis le redressement par l'appareil Collin, et enfin l'ostéotomie linéaire, telle que la pratique Macewen.

Par les manipulations forcées, j'ai traité deux jeunes gens. Chez tous deux le redressement fut obtenu tout d'abord, mais la déviation tendait à se reproduire sous les appareils inamovibles, et lorsque je les perdis de vue, la marche n'était pas encore parfaitement assurée. L'un d'eux eut un épanchement articulaire.

Le résultat définitif ne me paraissant pas satisfaisant, j'ai eu recours à l'appareil Collin, pour quatre malades de l'hôpital Tenon. Avec cet appareil, le redressement fut toujours facile à obtenir et primitivement complet. Mais les sujets ont eu des épanchements articulaires dans les jours qui ont suivi le redresssement, et l'un d'eux, même, des douleurs très vives, avec les signes d'une véritable arthrite.

Chez ces malades, également, la déviation tendait à se reproduire et ils ont été obligés de porter pendant trois ou quatre mois des appareils inamovibles.. J'ai même fini par les perdre de vue, sans être certain que la rectitude du membre fut assurée et que la marche fut redevenue facile.

Médiocrement satisfait de ces résultats, j'ai employé l'ostéotomie linéaire sus-condylienne, chez les quatre derniers malades que j'ai eu à traiter. Trois étaient atteints de genu valgum, et le dernier, qui est encore en traitement, avait un genu varum.

Dans ces quatre cas, la rectitude des membres a été obtenue d'une manière complète. Les suites de l'opération ont été des plus simples et la durée de l'immobilisation nécessaire beaucoup moindre. Il n'y a pas eu d'épanchement articulaire primitif. Deux des sujets seulement ont eu un peu de liquide dans la synoviale lorsqu'ils ont commencé à marcher.

En somme, le résultat a été plus complet et plus rapide avec l'ostéotomie linéaire qu'avec le redressement par l'appareil Collin. Mais il faut dire qu'à l'époque où je l'ai employé, cet appareil n'avait pas la disposition qu'il a aujourd'hui. Il agissait sur l'extrémité inférieure du fémur et sur l'extrémité supérieure du tibia. Il distendait, par conséquent, très fortement les ligaments latéraux de l'articulation du genou, ce qui explique la production habituelle

de l'épanchement articulaire et le relâchement ultérieur. En outre, si j'en juge par les cas que j'ai observés, il ne produisait pas ordinairement de fracture sus-condylienne, mais seulement le tassement d'un des condyles. Je n'ai, du moins, jamais eu la sensation d'un craquement brusque.

Mais aujourd'hui que l'appareil Collin modifié, agit en prenant son point d'appui inférieur, non plus sur le tibia, mais sur les condyles mêmes du fémur et qu'il produit sûrement la fracture, je reconnais qu'il pourra donner des résultats aussi avantageux que l'ostéotomie, sans faire courir aux malades les risques qui peuvent résulter de l'existence d'une fracture compliquée d'une plaie, quelque simples qu'en soient ordinairement les suites dans les conditions où l'on opère aujourd'hui.

M. Després. Ce qui me frappe surtout dans cette discussion, c'est que les malades qu'on nous présente ont toujours été opérés depuis une époque relativement récente. Or, on ne peut juger des résultats d'une opération destinée à remédier à une infirmité que longtemps après cette opération.

Mais ce n'est pas tout : bien souvent, ce ne sont pas les malades qu'on nous présente, mais bien des photographies. Eh bien, je prétends que la photographie ne peut vous renseigner exactement sur de semblables malades ; j'ajoute même qu'elle nous induit facilement en erreur. Je vais vous le prouver sur un malade que j'ai fait venir à cette intention.

(M. Després introduit un jeune homme de seize ans environ, il le fait marcher.)

Vous voyez que ce jeune homme est manifestement atteint de genu valgum ; le doute n'est pas possible. Eh bien, je vais le mettre dans l'attitude où sont tous les malades représentés sur les phographies.

(Le malade est placé droit, appuyé à la tribune de la Société).

Par une manœuvre de redressement des plus simples, je place les deux membres dans la symétrie.

Prenez maintenant la photographie de ce malade, et je défie à qui que ce soit de dire qu'il s'agit d'un genu valgum.

J'ajouterai, pour compléter l'histoire de ce jeune homme, que son infirmité est de date récente, trois semaines environ, et qu'il s'agit d'un genu valgum d'origine paralytique, la paralysie portant surtout sur le couturier. J'espère l'améliorer et le guérir assez rapidement par l'emploi de l'électricité.

Ce que je retiens surtout de ce fait, c'est qu'il est pour le genu valgum une attitude spéciale dans laquelle la difformité peut être corrigée, et qu'il suffit de prendre la photographie des malades

dans cette attitude pour que cette photographie vienne confirmer l'excellence de tel ou tel mode de traitement.

M. Lefort. Le malade que vient de nous présenter M. Després ne saurait rentrer dans la catégorie des genu valgum dont il a été question jusqu'ici.

Il s'agit, en effet, d'un jeune homme qui a eu une paralysie des muscles périarticulaires, et chez lequel, pendant la marche, le tibia se déplace en dedans, simulant ainsi un genu valgum véritable. Rien d'étonnant dès lors à ce que, lorsqu'il est placé debout, la manœuvre la plus insignifiante suffise à faire disparaître la difformité.

M. Verneuil. Si l'on entend par genu valgun toute attitude du membre inférieur dans laquelle la cuisse et la jambe font entre eux un angle plus ou moins considérable, saillant en dedans, il est clair que le jeune homme qui vient de nous être présenté peut être considéré comme atteint de genu valgum. Mais il faut ajouter que c'est un genu valgum d'une variété toute particulière, que, pour ma part, je n'ai jamais rencontré jusqu'à présent. J'ajoute que cette variété, d'origine exclusivement paralytique, ne saurait être comparée à celles qui résultent d'un trouble dans l'ossification des cartilages épiphysaires.

En ce qui concerne ces derniers, j'ai entendu dire tout à l'heure que les méthodes de redressement lent ne donnaient aucun résultat sérieux. Je crois le contraire : je crois que l'on peut guérir beaucoup de genu valgum par des manœuvres de douceur, qui n'offrent pas l'inconvénient de violenter l'appareil ligamenteux périarticutaire. Il est vrai que ces méthodes exigent de six à huit mois de traitement.

Parmi ces méthodes, j'en signalerai une qui m'a réussi quelquefois : on embrasse la cuisse et la jambe de deux solides bracelets de silicate, et à la partie externe de ces deux bracelets on fixe une tige de bois. Cela fait, on entoure le tout d'un bandage élastique modérément serré, dont le plein repose sur l'interligne articulaire. Grâce à cette pression, non seulement on fait céder peu à peu le ligament latéral interne, mais encore on détermine dans les épiphyses un travail spécial, de nature mal déterminée, qui a pour résultat l'hypertrophie de l'épiphyse externe insuffisante et l'atrophie de l'épiphyse interne exubérante. Ce double travail, à lui seul, suffit pour obtenir le redressement.

En ce qui concerne l'ostéoclasie, il faut soigneusement distinguer, ainsi que l'a fait M. Delens, l'appareil actuel de Collin et celui qui a été proposé précédemment. Avec l'ancien, tout l'effort

exercé par le chirurgien portait sur les ligaments, produisait en réalité une syndesmoclasie, une entorse articulaire, dont les inconvénients sont incontestables ; mais à l'heure actuelle les choses sont tout autres : ce n'est plus sur les ligaments qu'on agit, c'est l'os que l'on fracture au-dessous de ses deux tiers ou de ses trois quarts supérieurs, sans toucher à l'appareil ligamenteux ; aussi les résultats sont-ils autrement satisfaisants que par le passé.

C'est à ce point que je me demande s'il n'y aurait pas lieu d'ériger en méthode la fracture sus-condylienne, au lieu de la fracture juxta-condylienne, parce que cette dernière est trop voisine de l'articulation.

J'ai en ce moment dans mon service un malade opéré par M. Pozzi, qui a eu une de ces fractures sus-condyliennes ; bien que la diformité ne soit pas complètement corrigée, le malade marche parfaitement.

Au sujet de ce malade, je signalerai une cause étiologique du genu valgum dont l'influence m'a paru incontestable : la pression trop longtemps prolongée du poids du corps sur le membre malade

Ce jeune homme, en effet, se tient constamment sur le membre malade, pendant que son pied du côté opposé est occupé à tourner une manivelle.

M. Desprès. Je sais très bien que le genu vulgum de mon malade est d'origine paralytique, c'est d'ailleurs là un fait que j'ai signalé en le présentant ; mais ce que je puis ajouter, c'est que les genu valgum paralytiques sont plus fréquents que l'on ne pense, et que bien souvent ils marquent le début du genu valgum ordinaire.

Lorsqu'on voit de semblables malades à la première période de leur mal, il est généralement facile de les guérir par l'électricité et les appareils, ce qui vaut mieux, en somme, que les opérations que l'on préconise, et qui ont pour conséquence à peu près fatale un diastasis articulaire ou une raideur articulaire, ce qui est le moins mauvais résultat.

M Gillette. Vos genu valgum sont des pseudo-genu valgum.

M. Desprès. Non, ce sont de vrais genu valgum, mais à la première période de leur développement.

M. Gillette. Pour ce qui est du diastasis dont parle M. Desprès, il est loin d'être fatal ; il faisait complètement défaut sur mon malade.

M. Desprès. J'ai senti de la mobilité latérale dans son genou.

M. GILLETTE. C'est une erreur.

M. BERGER. J'ai répété les manœuvres faites par M. Després pour rechercher cette mobilité latérale, et je ne l'ai pas sentie.

M. DESPRÉS. C'est que vous avez mal cherché.

Rapport.

M. RICHELOT fait un rapport verbal sur trois observations adressées à la Société par M. BERTIN DE GRAY.

La premiére est une observation de *rein flottant* descendu derriére l'utérus et donnant la sensation de ballottement.

La seconde est une observation *d'abcès du rein* traité successivement par la ponction, l'incision et la néphrotomie.

Dans la troisième, il s'agit d'un *angiome de la région parotidienne* chez une nfant traité sans succès par les injections interstitielles et guéri par la ligature de la carotide primitive.

M. Richelot propose d'adresser des remerciements à l'auteur et de déposer son travail dans nos archives.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communications.

M. NEPVEU donne lecture de la note suivante :

Coxalgie suppurée; luxation pathologique du fémur, septicémie résection simplificatrice; guérison.

Vezel Louise, brocheuse, est originaire du quartier Mouffetard où elle est née et où elle a toujours vécu. Elle a 17 ans environ lors de son entrée à la Pitié le 15 mai 1882.

Depuis sa première enfance elle est atteinte d'une coxalgie à droite. Vers l'âge de trois ans elle a fait un séjour de huit mois à l'hôpital Sainte-Eugénie. Lorsque l'emploi d'un appareil à extension continue l'eut un peu améliorée, elle en sortit pour aller à Berck. Elle n'y resta malheureusement que deux mois. Depuis lors, cependant, un mieux sensible s'etait manifesté : elle pouvait marcher sans béquilles, mais elle souffraît toujours plus ou moins de sa hanche. De temps à autre, s'ouvraient sur le côté de l'articulation des collections de pus plus ou moins considérables.

Il y a trois ans, elle tomba sur une chaise et alors ses abcès se rouvrirent spontanément et laissèrent s'écouler un grande quantité de pus. Le membre droit était alors plus court que l'autre; elle boitait notablement. Il y a un an, elle retourna de nouveau à Berck, un nouvel abcès froid s'ouvrit au dehors.

Lorsqu'elle est entrée pour la première fois dans le service, le 13 mai 1882, elle était dans un état lamentable; la face pâle, amaigrie, l'appétit nul, les forces épuisées par une suppuration persistante. La malade pouvait à peine marcher, le membre était immobilisé par une véritable ankylose dans une mauvaise situation. Dès son entrée elle fut placée dans un appareil de Bonnet, et M. Verneuil, le 16 mai, débrida avec le thermocautère le trajet fistuleux situé le long du grand trochanter; ce trajet menait à une grande poche remplie de pus. La fièvre tomba presque aussitôt, l'appétit revint un peu, mais pour disparaître de nouveau. Bien évidemment les lésions osseuses profondes étaient trop considérables pour se réparer désormais spontanément, de plus, on pouvait nettement percevoir dans la fosse iliaque externe la saillie de la tête fémorale. En face de lésions anatomiques absolument irréparables, le chirurgien n'avait-il pas le devoir d'essayer une résection de la tête fémorale, de simplifier ce foyer putride dont la permanence menaçait la vie de la malade, dans un délai très rapproché.

La jeune malade fut chloroformée; M. Verneuil traça autour de la tête fémorale une incision courbe qui lui permit facilement d'arriver jusqu'à l'os. Après avoir coupé les insertions des muscles au trochanter, M. Verneuil sectionna en quelques secondes et avec la plus grande facilité le fémur au-dessus du grand trochanter avec le ciseau de Macewen. Ce résultat inattendu par les spectateurs s'explique aisément par la raréfaction du tissu osseux; la tête du fémur, saisie avec le davier de Farabeuf, fut libérée aisément de ses attaches au bassin par quelques coups de ciseaux et l'on put voir à nu la cavité cotyloïde sur laquelle il fut facile de faire les raclages nécessaires.

L'opération avait à peine duré quelques minutes, le foyer opératoire fut soigneusement lavé à l'eau phéniquée froide, un, pansement de Lister fut appliqué sur toute la région, et la malade fut replacée dans une gouttière de Bonnet, le tronc légèrement incliné de façon à faire saillir le foyer opératoire un peu hors de l'appareil; plusieurs fois par jour, on écartait légèrement les pièces de pansement et on dirigeait sur la cavité le jet d'un pulvérisateur.

Grâce à ces pulvérisations phéniquées, grâce à toutes les précautions antiseptiques qui furent prises, la fièvre, jamais ne dépassa 38°,5. Huit jours après l'opération, la malade qui se réta-

blissait visiblement commençait à manger et depuis lors jamais le moindre accident ne vint mettre en péril la marche graduelle du travail de cicatrisation; la cavité a mis un certain temps à se combler, deux mois environ; mais à la rentrée des vacances, en octobre, M. Verneuil faisait remarquer à ses élèves qu'il n'existait plus qu'un petit trajet fistuleux et que tout annonçait une ankylose définitive en bonne position de l'extrémité du fémur réséqué avec l'os iliaque. La malade en effet est sortie le 28 janvier 1883 pouvant s'appuyer sur son membre, faire quelques pas avec l'aide d'une béquille. Un appareil consistant dans une longue tige partant d'une bottine à semelle très épaisse et venant se relier en haut à une ceinture pelvienne lui facilite singulièrement la marche.

Actuellement, si l'on vient à examiner la région opérée, on trouve deux cicatrices longitudinales l'une au-dessus, l'autre au-dessous du grand trochanter, traces des incisions faites sur les abcès froids, plus au-dessus et en arrière se trouve une cicatrice disposée en demi cercle et qui n'est bien visible que si l'on vient à écarter les bourrelets très épais formés par les téguments qui la recouvrent. Dans un coin de la cicatrice se trouve une toute petite fistulette qui donne encore quelques gouttes de pus. La malade ne souffre plus dans la région et n'en a jamais souffert que de temps en temps par le mauvais temps.

Le membre opéré est plus court que l'autre d'environ 10 centimètres, ce raccourcissement est aisément compensé par l'emploi d'une bottine avec une épaisseur de semelle de 10 centimètres.

Une ankylose complète réunit le fémur à l'os iliaque, les mouvements que la jeune fille imprime au membre opéré se passent entièrement dans les articulations du bassin; la malade marche rapidement même, et tous les jours monte très allègrement au 5e étage, dans la mansarde qu'elle habite, un seau plein d'eau, la santé générale a repris, elle est forte et grasse et témoigne par sa bonne humeur des services importants que lui a rendus la chirurgie.

Rachitisme (congénital) développé et guéri avant la naissance, en dehors de toute influence syphilitique,

Par M. Guéniot.

Dans la séance du 27 juin dernier, j'ai eu l'honneur de soumettre à l'examen de la Société de chirurgie un enfant nouveau-né dont les membres étaient affectés d'un rachitisme très prononcé. Les lésions du squelette offraient ce trait tout particulier, que leur guérison semblait être un fait acquis, c'est-à-dire que le tissu os-

seux avait recouvré sa solidité et que, de la maladie intra-utérine, il ne restait plus que les déformations caractéristiques. Du reste, j'ai donné à cette date l'observation du petit malade [1] ; je ne crois pas devoir y revenir. J'ajouterai seulement que, depuis lors, sa santé générale est devenue très bonne et que ses maladies accidentelles (la diarrhée, la conjonctivite purulente et les deux hernies inguinales) ont été heureusement guéries. L'enfant ainsi rétabli a été rendu à sa famille, dans le cours du mois d'août dernier.

Le rachitisme constaté, il importait essentiellement, pour en rechercher la cause, de connaître l'état de santé actuel et les antécédents morbides des parents. Or, dès les premiers jours qui ont suivi la présentation de l'enfant, je me suis livré à cette enquête ; et afin d'en mieux assurer les résultats, j'ai prié notre savant confrère, le professeur Alfred Fournier, de vouloir bien lui-même y prendre part. Voici maintenant les données qu'elle nous a fournies :

La famille du petit rachitique se compose du père, de la mère, d'une petite sœur âgée de 4 ans et d'un frère (du côté paternel seulement) âgé de 8 ans ; au total 4 individus [2].

L'examen minutieux de chacun d'eux, de même que l'interrogatoire du père et de la mère, convoqués à part, furent d'abord exécutés par moi, en présence de mon interne, avec la plus grande rigueur. A quelques jours d'intervalle, la même inspection sévère fut aussi pratiquée sur chaque sujet séparément par M. Alf. Fournier. Je pourrais entrer ici dans le détail de cette double enquête et montrer avec quel soin scrupuleux elle a été poursuivie. Mais je crois cette relation superflue. Il me suffira de vous dire que tous les organes susceptibles de porter des traces de syphilis et de révéler une atteinte ancienne ou actuelle de cette maladie ont été scrutés par nous sur le père, sur la mère et sur les enfants, en dehors de toute idée préconçue, avec le seul désir de découvrir la vérité.

Or, le résultat de cet examen est resté absolument négatif au sujet de la syphilis. Tout au plus, d'après une conception de M. Fournier, pourrait-on penser que peut-être la syphilis héréditaire, chez le père, n'a pas été étrangère à la constitution débile et à la misère physique que nous a présentées cet homme. Mais ce

[1] Voir, page 553 et suivantes.

[2] Un autre garçon, né à terme, il y a deux ans, est mort en nourrice à l'âge de six semaines. Il était, d'après le dire des parents, exempt de toute difformité et ne ressemblait en rien au petit rachitique.

n'est là, dans l'idée même de M. Fournier, qu'une vue toute hypothétique dont il serait impossible de démontrer la probabilité.

Voilà donc, en résumé, un fait bien authentique de rachitisme dont la cause ne saurait être cliniquement rattachée à la syphilis. Et ce fait acquiert, pour la démonstration, une valeur tout exceptionnelle, si l'on songe que la recherche spécifique a été entreprise et poursuivie avec l'esprit le plus indépendant. D'une autre part, la haute compétence et l'autorité hors ligne que présente M. Fournier en cette matière ajoute encore à l'importance du résultat.

D'après ce qui précède, la conclusion suivante me semble s'imposer à l'esprit du clinicien : *Le rachitisme peut exister en dehors de toute influence syphilitique.*

Du reste, aujourd'hui que nous déplorons la perte du professeur Parrot, l'auteur de la thèse contraire, il est douteux que l'opinion exclusive de cet éminent confrère soit désormais reprise et défendue avec le même talent. Par le fait de cette mort si regrettable, la discussion a nécessairement perdu beaucoup de son importance et de son actualité.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

Séance du 26 décembre 1883.

Présidence de M. GUÉNIOT.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° *Bulletin de l'Académie de médecine;*

2° *De l'ostéotomie électrique*, nouvel instrument pour l'ostéotomie, par le Dr MILTON ROBERTS, de New-York ;

3° M. Henri THOMPSON offre à la Société une brochure intitulée : *Douze cas de tumeurs de la vessie* (*dix chez l'homme, deux chez la femme*) *extirpées par la voie périnéale.*

A l'occasion du procès-verbal.

M. NEPVEU présente à la Société la malade dont il avait communiqué l'observation dans la séance précédente.

M. VERNEUIL. Messieurs, j'ai pris soin d'attendre un temps suffisant avant de donner cette malade comme guérie.

Voici un an et demi qu'elle a subi la résection de la hanche et vous voyez que le résultat est excellent, et il vous paraîtrait meilleur encore si cette jeune fille avait une bottine appropriée. Sa claudication si peu accusée déjà serait alors à peine apparente.

Rapports.

Rapport sur deux opérations de fistule à l'anus chez des tuberculeux et sur une trachéotomie au thermocautère, pratiquées par M. le Dr JEANNEL, *de Vendôme, lauréat de la Société de chirurgie.*

M. VERNEUIL, rapporteur.

Messieurs,

Vous n'avez pas oublié sans doute la discussion de l'été dernier,

relative à l'influence du traumatisme sur les états pathologiques antérieurs.

J'avançais alors que les blessures et opérations, dans certains cas, dont, à la vérité, je ne pouvais établir la fréquence, aggravaient incontestablement les maladies préexistantes.

Mon opinion fut acceptée par les uns, rejetée par les autres; il parut surtout nécessaire d'établir des catégories. Aussi lorsqu'on arriva aux opérations pratiquées chez les phtisiques, on rappella qu'elles donnaient parfois des résultats excellents, ce que, d'ailleurs, je ne songeais nullement à contester ni à discuter.

M. Jeannel, du fond de sa province, intervint dans notre débat et nous adressa sur ce dernier point deux observations tirées de sa pratique, observations très simples, très vulgaires, comme il le fait remarquer lui-même, mais qui n'en sont pas moins importantes, puisqu'elles démontrent péremptoirement cette proposition assez paradoxale qu'une opération pratiquée chez un diathésique, peut échouer complètement en tant qu'acte curateur local et cependant modifier avantageusement la diathèse, ce qu'on traduirait encore en disant que l'intervention chirurgicale peut être suivie à la fois d'insuccès opératoire et de succès thérapeutique.

Les deux faits de M. Jeannel sont à ce point de vue tout à fait concluants. Il s'agissait, en effet, de deux tuberculeux affectés de fistule anale; le débridement laissa à sa suite une plaie n'ayant aucune tendance à la cicatrisation et qui continua à suppurer comme devant, mais en revanche la marche de la tuberculose pulmonaire fut modifiée de la façon la plus manifeste et la plus favorable.

Voici, du reste, l'analyse de ces cas.

M. S..., 35 ans, contrôleur des contributions. Tuberculose pulmonaire et laryngée, depuis plus de deux ans, aggravée pendant l'hiver 1881-1882. En avril de cette dernière année, souffle amphorique et gargouillement aux deux sommets, expectoration caractéristique assez abondante, voix presque éteinte; pâleur, amaigrissement, sueurs nocturnes.

Le 11 avril, douleur au côté gauche de l'anus, vive, lancinante, exaspérée par la marche et suivie de la formation d'un abcès qu'on ouvre le 16 avec la lancette à 3 centimètres de l'orifice anal, l'état général du malade interdisant une opération plus radicale. Un flot de pus s'écoule par l'incision, il n'en sort point par l'anus; pansement phéniqué simple.

La fièvre tombe, le pus continue à couler, une fistule s'établit; des injections variées y sont poussées sans succès, mais l'état général s'améliore, l'appétit et la gaieté reviennent, la lésion pulmonaire semble enrayée; respiration facile, toux rare, la voix reprend de la sonorité.

Toutefois, à la moindre fatigue, la fistule s'enflamme, devient douloureuse et nécessite plusieurs jours de repos; ces alternatives de bien et

de pire se renouvellent, mais le mieux du côté des poumons persiste. En conséquence, la fistule est opérée au bistouri le 30 mai; le décollement de la paroi rectale remontait à 6 centimètres; point de mèche, pansement phéniqué simple.

Il n'y a aucun accident, mais la plaie, après une légère tendance à la cicatrisation, reste tout à fait stationnaire; après plus d'une année, elle est toujours suppurante, à bords calleux, à fond grisâtre, faisant suite à un large décollement de la muqueuse rectale, mais indolente et permettant la marche et la reprise des occupations.

Saison au Mont-Dore du 4 juillet 1882 au 2 août. A cette époque, on trouve à l'auscultation seulement un souffle doux et quelques râles muqueux aux sommets. Toux rare, expectoration presque nulle. Voix assez claire. M. S... suit toujours son traitement médical contre la tuberculose, avec cette différence que ce traitement, autrefois sans efficacité notable, semble très utile depuis l'apparition de l'abcès et de la fistule.

2e *cas*. — Mme R..., 20 ans, sans profession, constitution délicate, point d'antécédents héréditaires; première couche en juillet 1881; à la suite entérite aiguë assez grave; depuis lors toux continuelle et amaigrissement. A l'auscultation, respiration soufflante et râles muqueux aux deux sommets; début probable de tuberculose. Un traitement est prescrit mais non suivi; en septembre 1882, gros abcès de la marge de l'anus du côté gauche.

Le 10 septembre, opération qui consiste à ouvrir l'abcès et à faire du même coup l'opération de la fistule. Le débridement fait au thermocautère comprend environ 5 centimètres de la peau et 6 centimètres de la paroi rectale.

Suites très simples, détersion lente de la plaie, qui bourgeonna d'abord et prit assez bon aspect, mais bientôt devint grisâtre, œdémateuse, pâle avec sécrétion séropurulente. Cet état dure encore malgré l'emploi des topiques les plus variés.

En revanche, la lésion pulmonaire est arrêtée, les râles, le souffle ont disparu; à peine si l'on entend aux sommets quelques craquements secs. Le dernier hiver s'est très bien passé.

Mme R... tousse à peine et déclare elle-même ne s'être jamais mieux portée.

Les faits de M. Jeannel, j'en conviens, sont très simples et de ceux qu'on rencontre chaque jour dans la pratique et pourtant il serait facile de discuter, à leur occasion, plusieurs points majeurs de thérapeutique chirurgicale.

A elle seule, la question de l'intervention opératoire dans la fistule anale des tuberculeux prêterait à de larges développements étant depuis longtemps et maintenant encore des plus controversée.

Les adversaires de l'opération lui reprochent le danger direct inhérent à toute acte opératoire — les périls indirects provenant d'une aggravation de la tuberculose pulmonaire, soit immédiate-

ment par le fait du traumatisme, soit tardivement par la suppression d'un foyer de dérivation salutaire. — Enfin son inutilité habituelle, les choses restant en l'état après le débridement et la suppuration ne se tarissant pas

Les partisans de l'opération répondent qu'elle est en général fort bénigne surtout quand on emploie les procédés d'exérèse non sanglante : écraseur linéaire ou thermocautère; — que si elle aggrave parfois les lésions pulmonaires, ce qui d'ailleurs paraît fort rare, en revanche elle peut les améliorer aussi d'une façon surprenante comme le prouveraient à défaut d'autres les deux observations précédentes; — qu'en tout cas, si la cicatrisation complète n'est pas obtenue, au moins les douleurs, les rechutes inflammatoires, en un mot les accidents locaux disparaissent presque complètement, — et qu'enfin, conformément à l'antique doctrine de la révulsion, la persistance indéfinie d'une plaie simple et bénigne peut agir favorablement sur la tuberculose viscérale.

Toujours est-il que dans les deux cas au moins soumis à ses soins, M. Jeannel a bien fait d'opérer, ayant rendu à ses malades un signalé service.

Je me bornerais à cette constatation, si, poussé par le vif désir d'interpréter les résultats opératoires, je ne cherchais pas le pourquoi et le comment du succès obtenu par notre confrère.

Procédons par analyse. A un moment donné, les deux patients étaient, de par leur affection pulmonaire, en fort mauvais état. Un phlegmon de la marge de l'anus qui survient avec ses douleurs, sa fièvre et les symptômes généraux corrélatifs altère encore plus profondement la santé; l'ouverture de l'abcès est faite juste suffisante dans un cas, libéralement dans l'autre. Aussitôt cessent les symptômes aigus imputables au phlegmon, ce qui se comprend sans peine, mais encore, ce qui s'explique moins bien, on constate une diminution progressive et durable dans les lésions pulmonaires chroniques certainement antérieures à l'accident local dont l'anus est devenu le siège.

A la vérité, cet accident, ne guérissant pas, place les patients dans une condition nouvelle. Avant l'abcès, la tuberculose semblait exclusivement localisée sur les poumons; après l'abcès, elle offre désormais deux foyers, l'un profond, l'autre externe ou anal, équivalent en quelque sorte à un exutoire artificiellement établi et attirant vers lui une part du travail morbide dont les poumons avaient supporté jusqu'alors l'action destructive tout entière.

A peine si j'aurais osé, il y a 20 ans, écrire ces lignes qui traduisent des idées bien surannées en apparence; mais aujourd'hui un retour sérieux vers la pathologie générale autorise à reprendre

dans les anciens maîtres, observateurs si perspicaces, des hypothèses trop dédaignées par nos prédécesseurs immédiats.

La conséquence logique à tirer de ces faits serait qu'il faut respecter les fistules anales chez les tuberculeux et blâmer d'avoir opéré les siens M. Jeannel, dont nous venons, au contraire, d'approuver la conduite ; l'analyse va nous sortir encore de cette apparente contradiction.

La fistule anale, chez les phtisiques, dès qu'elle est tant soit peu profonde, étendue, anfractueuse, n'est plus une lésion simple, c'est un foyer hybride, doublement infectieux. En premier lieu, par le dépôt tuberculeux qui tapisse à peu près constamment ses parois; en second lieu par le pus éminemment riche en virus septique. Que le foyer sinueux de la fistule vienne à être accidentellement irrité ou blessé, que le pus septique soit retenu et aussitôt surgissent des accidents que le premier malade de M. Jeannel a précisément offerts à diverses reprises et qui sont de nature à aggraver les lésions tuberculeuses viscérales comme s'il y avait association funeste des deux agents infectieux.

En ce cas, le débridement, en faisant cesser la rétention du fluide septique, neutralise l'un des facteurs morbides, et arrête les accidents septicémiques aigus ou chroniques. L'opération de la fistule anale agit alors comme certaines résections articulaires pour ostéo-arthrites tuberculeuses avec fistules. Le malade reste alors en présence de sa seule diathèse phymatique.

Il découlerait de ce raisonnement que l'opération de la fistule anale chez les tuberculeux ne devrait pas avoir pour but essentiel la guérison radicale de cette fistule, mais bien plutôt la simplification morphologique, ou, si l'on me passe cette comparaison, la métamorphose d'un tunnel plus ou moins irrégulier, en un fossé large, court et peu profond. S'il en était ainsi, les résultats de M. Jeannel ne devraient pas être rangés dans les insuccès opératoires, puisque l'action chirurgicale aurait rempli ses deux indications: persistance de l'exutoire et transformation bienfaisante du foyer.

Je veux présenter brièvement une dernière remarque relative à la constitution anatomique de la paroi des fistules anales chez les tuberculeux.

Cette paroi, comme on peut facilement s'en convaincre à l'œil nu déjà, mais plus encore par l'examen microscopique, est à peu près constamment tapissée par une couche plus ou moins épaisse de matière tuberculeuse. On explique ainsi comment le débridement simple n'amène généralement pas la guérison, et comment on réussit au contraire à obtenir la cicatrisation en détruisant la couche granulo-tuberculeuse par un procédé quelconque, excision, cautérisation, raclage et même iodoforme si le dépôt est mince.

Depuis que je connais ce détail histologique, j'emploie volontiers chez les tuberculeux le raclage ou la cautérisation avec le thermocautère et plusieurs fois déjà, j'ai vu, au bout d'un temps plus ou moins long, la cicatrisation complète s'effectuer, puis j'ai perdu de vue mes opérés.

S'il m'était tout à fait démontré que la guérison radicale de la fistule anale agit défavorablement sur les lésions pulmonaires, assertion émise déjà par quelques anciens médecins, je renoncerais peut-être à ces manœuvres radicales mais inopportunes.

La dernière observation de M. Jeannel a trait également à une opération usuelle puisqu'il s'agit d'une trachéotomie pratiquée presque *in extremis* pour un corps étranger du larynx. Mais le cas est intéressant parce qu'il s'agissait d'un sujet atteint de paralysie laryngo-pharyngée ; — parce qu'on a opéré au thermocautère ; — parce qu'il est survenu une complication pulmonaire due à la chute de matières alimentaires dans les bronches ; — parce qu'enfin M. Jeannel a employé pour éviter le retour de cet accident un moyen qu'on ne saurait trop recommander en pareil cas, c'est-à-dire l'alimentation artificielle par la sonde œsophagienne de Faucher.

Ces diverses circonstances donnent à l'observation assez d'intérêt pour que je propose son insertion dans nos bulletins.

Telles sont, Messieurs, les observations intéressantes que nous a adressées M. Jeannel. Permettez-moi maintenant de vous rappeler les titres nombreux de notre jeune confrère. M. Jeannel est lauréat de la Société, il a obtenu le prix Laborie pour son excellent *Traité de la pyohémie*. Depuis cette époque, quoique relégué dans une petite ville de province, il a sans cesse travaillé et produit une remarquable série de travaux sur la septicémie, la fièvre traumatique, les plaies cavitaires, le pansement ouaté, etc. ; ces mémoires constituent par leur réunion le meilleur traité sur les fièvres chirurgicales qui existe actuellement dans la littérature médicale francaise et étrangère ; leur auteur possédant d'ailleurs toutes les qualités d'un écrivain accompli : la clarté, la méthode, l'élégance du style, et surtout une érudition à la fois étendue et exacte.

Si la province possédait vingt chirurgiens aussi laborieux et aussi actifs que M. Jeannel, la France n'aurait rien à envier aux autres pays où la décentralisation scientifique enrichit si fort la littérature médicale.

Votre rapporteur a donc l'honneur de vous proposer :

1° De déposer aux archives les deux premières observations de M. Jeannel et de publier la troisième ;

2° D'adresser des remerciements à l'auteur en l'engageant à poursuivre ses travaux didactiques;

3° De l'inscrire au meilleur rang parmi les candidats aux prochaines places de correspondants nationaux.

Os de poulet arrêté dans le larynx; suffocation; trachéotomie au thermocautère; hémorragie secondaire; introduction des boissons dans les bronches; mort,

Par M. le Dr Jeannel, de Vendôme.

G..., 55 ans, entre à l'hôpital de Vendôme le 25 septembre 1882, dans la soirée. Atteint depuis plusieurs années d'une paralysie du pharynx et du larynx, pour laquelle il avait été longtemps soigné à Paris, il ne peut donner aucun renseignement sur les causes de l'accident qui l'amène.

Il porte sans cesse la main à son cou au niveau du larynx, bave constamment et refuse tout aliment solide.

Le 26 au matin, il prend à grand'peine un peu de soupe. A ce moment la respiration n'est point gênée, mais à une heure après midi surviennent subitement des crises de suffocation extrêmement violentes. Assis sur un fauteuil, à moitié asphyxié, la bouche entr'ouverte, les dents demi-écartées, les lèvres blêmes, les mâchoires immobiles, le visage congestionné et les muscles du cou fortement contracturés, G... fait des efforts désespérés; l'inspiration est brève et sifflante, l'expiration produit un bruit de soupape, le pouls est vibrant et rapide, la mort est imminente.

L'absence de tout renseignement,—on ne connaissait pas alors l'existence antérieure de la paralysie laryngo-pharyngée,—rendait le diagnostic difficile; cependant, on devait penser surtout à un corps étranger du larynx et agir en conséquence. Il eût été sans doute indiqué de tenter l'extraction par les voies naturelles; mais les instruments manquaient et, d'ailleurs, le resserrement des mâchoires qui ne permettait pas même l'introduction des doigts dans la gorge, aurait interdit leur emploi.

Je me décidai donc à faire sur-le-champ la trachéotomie avec le thermocautère.

L'opération fut assez laborieuse; le patient était mal maintenu, et sa trachée était rendue profonde par la saillie des muscles sterno-mastoïdiens contractés. Les aides pleins de bonne volonté, mais sans expérience, soufflaient trop ou trop peu, de sorte qu'il coula une certaine quantité de sang, ce qui n'a pas lieu quand le couteau reste à une bonne température.

Néanmoins la trachée découverte fut incisée au bistouri, un peu de sang pénétrant alors dans les bronches détermina une quinte de toux dans laquelle le corps étranger fut chassé par la bouche; c'était l'extrémité supérieure d'un tibia de poulet, longue de trois centimètres.

La respiration se rétablit aussitôt; néanmoins dans la crainte d'une

laryngite due à l'irritation causée par le corps étranger, je mis en guise de canule et fixai dans la trachée un bout de sonde œsophagienne, qui fut enlevé le lendemain matin ; la respiration en effet était calme et s'effectuait à la fois par la bouche et la plaie du cou. La journée se passe bien, mais le malade ne prend aucun aliment.

La nuit suivante à 11 heures du soir, hémorragie très abondante, le sang d'un rouge vif sort exclusivement par la bouche ; la plaie du cou qui donnait pourtant passage à l'air n'était pas même tachée ; l'écoulement provenait donc du larynx, fourni sans doute par une ulcération consécutive au séjour assez prolongé de l'os. On apprit alors en effet que le poulet avait été mangé 48 heures avant l'invasion des accidents de suffocation.

Quoique vive, l'hémorragie s'était arrêtée d'elle-même ; la glace, l'immobilité absolue furent prescrites, le sang reparut pourtant vers deux heures du matin, toujours par la bouche et pendant quelques instants.

Le 28, la respiration se faisant mal par le larynx encombré de caillots, je plaçai une canule d'adulte arrivée le matin même de Paris; le soulagement fut immédiat, plus de fièvre ni de nouvelle hémorragie, sécrétion muqueuse abondante par la canule, potion le soir, bouillon et lait glacés.

G... ayant bu devant moi, je constatai que le liquide ressortait par la canule trachéale avant tout mouvement de déglutition, c'est-à-dire avant d'avoir pu arriver à l'œsophage; c'était une conséquence de la paralysie pharyngée, conséquence funeste, car elle favorisait la pénétration des boissons dans les bronches.

Pour prévenir les accidents, je prescrivis l'introduction directe des liquides dans l'œsophage avec une sonde de caoutchouc rouge poussée dans ce canal, puis ce qui réussit mieux l'alimentation par le tube de Faucher.

Malheureusement ces mesures venaient trop tard. La fièvre s'alluma fort intense accompagnée de symptômes ataxo-adynamiques et des signes d'une broncho-pneumonie septique. La mort survint le 2 octobre.

L'autopsie ne fut pas permise.

L'opération d'Estlander : Rapport sur une présentation de malade faite par M. le Dr Bouilly.

M. Paul Berger, rapporteur.

Il faut savoir gré à M. Bouilly d'avoir attiré notre attention sur une opération qui n'a pas encore été soumise au jugement de la Société de chirurgie. Je veux parler de l'opération d'Estlander, de la thoracoplastie, de la résection de plusieurs segments de côte pratiquée dans l'intention d'amener à guérison des fistules pleurales plus ou moins anciennes, consécutives à des empyèmes chroniques. Cette opération a été en quelque sorte naturalisée française dès l'ori-

gine; c'est en effet dans un de nos recueils que le regretté professeur d'Helsingfors a publié ses premières observations et l'exposé didactique de sa pratique; à ce titre, mais surtout en raison des services qu'elle a déjà rendus, elle mérite de votre part un sérieux examen.

Déjà, dans la séance du 8 août, vous avez constaté la guérison obtenue par M. Bouilly, chez le malade qu'il vous présentait. Voici l'observation succinte de ce cas suivie d'une autre observation qui m'a été communiquée par le même auteur. A ces deux faits, j'en puis joindre un autre dont je dois la communication à notre collègue M. Jules Bœckel, qui a déjà publié l'histoire d'un remarquable succès que lui a valu cette opération, dans ses « Fragments de chirurgie antiseptique »; j'ajouterai l'observation encore inédite de deux cas où j'eus l'occasion de pratiquer la résection costale pour la guérison de fistules pleurales anciennes. Vous pourrez juger du résultat que j'ai obtenu dans l'un d'eux par l'examen du malade qui vous sera présenté; je ferai passer sous vos yeux également les segments costaux que je lui ai enlevés.

Je sais d'ailleurs que ce rapport provoquera, de la part de quelques-uns d'entre vous, la communication de cas analogues empruntés à leur propre pratique; en joignant ces données nouvelles aux faits antérieurement publiés et dont j'essayerai de vous donner l'indication aussi complète que possible, vous pourrez je l'espère formuler nne opinion sur la valeur de l'opération en question.

Voici d'abord l'observation résumée des opérés de M. Bouilly, le fait de M. Jules Bœckel et les miens :

Observation I. — *Empyème chronique; fistule pleuro-cutanée datant de cinq ans; résection d'une portion de la 6e et de la 7e côtes; guérison.*

Par M. Bouilly (résumé).

Un jeune homme de 21 ans avait été atteint en 1873 d'une pleurésie suspecte; resté chétif et malingre il vit, en mai 1877, s'ouvrir dans la région du sein gauche une, puis plusieurs fistules qui donnèrent issue à une grande quantité de pus; de ces trajets, un seul persista sans manifester aucune tendance à l'occlusion spontanée jusqu'en août 1882. Il siégeait en dehors et au-dessous de la pointe du cœur, entre la 5e et la 6e côte et conduisait dans une cavité assez spacieuse, qui pouvait contenir 60 ou 80 grammes de liquide et où une sonde courbe introduite pouvait se mouvoir en tous sens. Du reste la rétraction du côté correspondant de la poitrine était extrême, l'effacement des espaces intercostaux presque complet; la région occupée par la cavité suppurante présentait de la matité et une suppression complète des bruits

respiratoires à l'auscultation dans toute la portion qui était située au-dessous et en arrière de l'orifice, une diminution notable dans tout le reste du côté gauche.

Le 29 août 1882, M. Bouilly, sur les sollicitations du malade, entreprend l'opération suivante :

Anesthésie ; lavage antiseptique de la région. Une incision presque transversale de 10 centimètres passant par la fistule et deux incisions verticales de 5 centimètres permettent de rabattre un lambeau quadrilatère qui adhère par sa base inférieue. Puis, divisant la digitation correspondante du grand dentelé, on porte une rugine sur la 6e côte qui est isolée de son périoste et réséquée avec la pince de Liston courbe dans une étendue de 7 centimètres. On enlève de même 5 centimètres 1/2 de la 7e. On a détaché avec la rugine le périoste sur la face antérieure et sur les deux bords de ces côtes seulement, mais le périoste se décolle sans nulle difficulté de la face postérieure, lorsque l'on saisit avec un davier les fragments réséqués pour les enlever. M. Bouilly agrandit l'orifice fistuleux avec le doigt, y introduit un fort tube à drainage, pousse dans la cavité une injection au chlorure de zinc à 5 0/0. Le lambeau est suturé et on applique un pansement de Lister compressif. La réunion se fait par première intention, le trajet fistuleux se rétrécit rapidement et le malade paraissant guéri le 24 septembre, quitte l'hôpital.

Mais bientôt le trajet se rouvre et il s'en écoule une grande quantité de pus ; M. Bouilly admet son malade à l'hôpital, dilate le trajet y insuffle de l'iode pulvérulent et, deux mois après son entrée constate une guérison cette fois complète qui ne s'était pas démentie le jour où l'opéré vous fut présenté au mois d'août dernier. Ce dernier avait augmenté de 3kg,500 et son état général semblait des plus satisfaisants.

Obs. II. — *Pleurésie purulente traitée par la canule à demeure, puis par le drainage ; persistance d'une fistule conduisant à une vaste cavité ; résection de 5 centimètres de la 5e et 6e côtes, et de 4 centimètres de la 7e ; gavage ; guérison presque complète au bout de six mois*,

Par M. Bouilly (résumé).

Joseph W..., âgé de 31 ans, a été admis à la Pitié pour une pleurésie purulente qui a nécessité la ponction avec canule à demeure, pratiquée par M. Barth, le 25 décembre 1881. Opération bientôt suivie du drainage par deux espaces intercostaux fait le 28 janvier par M. Brouardel. Cette dernière intervention avait été rendue difficile par l'épaisseur des fausses membranes qui tapissaient la plèvre.

Les mois qui suivirent, la suppuration fournie par le trajet resta considérable, quoique l'on eût recours aux injections détersives et modificatrices faites avec les liquides les plus variés. La déformation

thoracique (aplatissement des côtes et soulèvement de l'omoplate) était aussi prononcée que possible; et pourtant la capacité de la cavité suppurante demeurait toujours la même, un litre environ. M. Bouilly résolut de pratiquer l'opération d'Estlander ; celle-ci fut faite le 20 octobre 1882.

La chloroformisation fut délicate en raison des lésions de l'appareil respiratoire et du rétrécissement du champ de l'hématose. M. Bouilly détacha un lambeau cutané tracé par deux incisions verticales de 10 centimètres, réunies inférieurement par une incision curviligne passant par les deux orifices ouverts pour le drainage. Les muscles furent incisés sur les 4e, 5e, 6e et 7e côtes ; le périoste de celles-ci détaché, et 5 centimètres des 4e, 5e et 6e côtes, 4 centimètres de la 7e, réséqués avec la pince de Liston.

Il y eut un peu de fièvre les jours suivants; les injections au chlorure de zinc à 5 0/0 furent faites tous les jours, et bientôt la cavité parut diminuer d'amplitude. Mais l'état général restait précaire, et le lambeau qui paraissait s'être réuni par première intention sous le Lister, se désunit vers le douzième jour : M. Bouilly pour réagir contre l'affaiblissement croissant, soumit l'opéré au gavage à partir du 14 novembre. Depuis ce moment jusqu'au mois d'avril, époque à laquelle il quitta l'hôpital pour regagner son pays, il gagna 3 kilos 450 grammes de poids ; les forces revinrent, la cicatrisation superficielle se fit, quoiqu'il restât encore une plaie atonique et faiblement granuleuse, au moment où le malade fut perdu de vue. On pouvait encore, à cette époque, introduire un drain dans le trajet fistuleux jusqu'à un centimètre et demi de profondeur, mais il était impossible d'y injecter plus de quelques grammes de liquide qui ressortaient aussitôt.

Somme toute, si cette opération ne peut être comptée parmi celles qui ont amené une guérison complète, l'on doit reconnaître qu'elle a produit un résultat incontestable au point de vue de la diminution d'étendue de la cavité suppurante et du rétablissement des forces du malade qui doit certainement à l'intervention chirurgicale de n'avoir point succombé aux progrès de la tuberculisation pulmonaire ou au marasme.

Obs. III. — *Pleurésie purulente incisée au bout de deux mois ; quatre mois après, première résection de deux fragments de côte de 7 centimètres et nettoyage du foyer à la cuiller tranchante ; onze mois après le début, nouvelle résection de 8 centimètres portant sur 4 côtes et excision d'une portion de la paroi de la cavité suppurante ; amélioration très notable,*

Par M. Jules Bœckel.

J. Vierling, âgé de 35 ans, contre-maître aux travaux du Rhin, ne présentant aucun antécédent héréditaire ou autre, a éte atteint en

mai 1882 d'un épanchement pleurétique devenu purulent après deux ponctions capillaires faites par un médecin de campagne. En juillet, incision du 7e espace intercostal droit ; deux litres de pus sont évacués, mais une fistule pleurale persiste jusqu'en novembre, époque à laquelle le malade est admis au diaconat.

Le 26 novembre 1882, résection de deux fragments de côte de 7 centimètres chacun ; trois cent grammes de pus sont évacués de la plèvre dont les parois sont épaissies de plus d'un centimètre, et sont recouvertes de couches épaisses de fibrine. Raclage de la cavité à la cuiller tranchante et désinfection avec une solution d'hyposulfite de soude au dixième. Le poumon est collé contre la colonne vertébrale. Deux gros drains sont placés dans la plèvre; pansement à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Pansements tous les trois jours, puis tous les 6 jours, nécessités par l'abondance de la sécrétion purulente. Au bout d'un mois l'opéré demande à sortir, conservant encore une plaie de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent.

En avril 1883, nouvelle résection portant sur quatre côtes dont je résèque chaque fois 8 centimètres. La plèvre est épaissie et résistante ; j'en excise un lambeau de 10 centimètres de long sur 3 de large. La plaie totale qui mesure 20 centimètres de long sur 12 de large, est située sur la partie antéro-latérale du thorax. Pas de réunion; pansement tous les trois jours *ut supra*. Il n'y eut pas de réaction et le malade au bout de six semaines quitta la maison de santé où il revenait se faire panser tous les huit jours.

Au bout de trois mois, la plaie est encore énorme ; 8 centimètres de long sur 4 de large ; le poumon s'est rapproché de la paroi thoracique, mais il en est encore distant de plus d'un travers de doigt.

Au bout de deux mois (septembre 1883) l'état n'a pas changé. Je fais confectionner un bandage de corps, moitié calicot, moitié tissu élastique, de façon à exercer une compression uniforme et permanente sur le côté droit de la poitrine. Le 3 novembre 1883, l'opéré se représente à la consultation ; la plaie a diminué de plus de moitié et elle n'est plus grande que comme une pièce de un franc. L'état général est excellent.

Obs. IV. — *Empyème pulsatile traité par la pleurotomie et les lavages antiseptiques ; fistule persistante conduisant à une vaste cavité suppurante ; opération d'Estlander ; amélioration très notable,*

Par M. Paul Berger.

Février (Pierre), âgé de 22 ans, garçon marchand de vins, est entré le 30 décembre 1882 à la salle Sainte-Vierge (lit n° 7), à l'hôpital de la Charité. Je n'insisterai pas sur les antécédents et sur l'histoire pathologique de ce malade, ceux-ci devant faire l'objet d'une prochaine communication de M. le Dr Féréol à la Société médicale des hôpitaux. Depuis quatre mois environ, il était atteint d'un empyème pulsatile du côté gauche, que M. Féréol, dans le service duquel il était placé, con-

sidérait comme d'origine tuberculeuse. Quand je vis ce malade pour la première fois, je le trouvai dans un état d'amaigrissement extrême et de faiblesse alarmante. L'épanchement purulent qui refoulait le cœur à droite et déprimait le diaphragme, remontait jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate.

Malgré la gêne de la respiration et le déplacement du cœur, je le soumis à l'anesthésie chloroformique, Février m'en ayant exprimé l'expresse volonté, et je pratiquai l'ouverture de la plèvre en ligne axillaire, dans le 7e espace intercostal. La quantité de pus qui s'échappa de la cavité ne put être mesurée, mais elle fut énorme; le doigt introduit dans l'espace intercostal pour agrandir l'incision, ne put nulle part sentir ni le péricarde, ni le poumon, ni le diaphragme. Deux tubes en caoutchouc d'inégale longueur, dont l'un pénétrait jusqu'à 20 centimètres dans la cavité, et de calibre égal à celui du petit doigt furent placés dans l'incision et maintenus fermés avec des pinces à pression continue; un pansement de Lister fut appliqué sur la plaie, et des injections avec une solution d'alcool rectifié au quart furent faites et rejetés toutes les deux heures au moyen d'un flacon laveur. L'opération avait été faite sous le nuage phéniqué.

Le malade présenta le lendemain une exacerbation fébrile notable, mais elle fit place bientôt à une rémission marquée; le cœur ne tarda pas à reprendre sa situation; la dyspnée disparut et un mieux manifeste tendait à s'établir quand le 20 janvier 1883, vingt jours après l'opération, survint une élévation brusque de la température, avec oppression, accablement, toux fréquente; ces phénomènes, se prolongeant quelques jours et s'accompagnant de quelques phénomènes stéthoscopiques aux sommets des poumons, firent craindre l'invasion d'une tuberculisation pulmonaire aiguë. Telle fut du moins l'appréhension qui fut manifestée par M. Féréol lorsqu'il vint, sur ma demande, examiner le malade qui, de ses salles, avait passé dans la mienne.

Ces craintes heureusement ne se confirmèrent pas : la fièvre tomba pour ne plus reparaître; l'appétit revint; la maigreur commença à diminuer, les forces à se rétablir. Les lavages qui avaient été faits d'abord avec la solution alcoolique au quart furent faits deux fois par jour seulement avec la solution phéniquée au centième d'abord, puis au quarantième. Dans le cours des mois qui suivirent, la cavité diminua d'étendue, et surtout la suppuration qu'elle renfermait devint moins abondante. Chaque lavage pourtant entraînait deux à trois cuillerées de pus (40 à 50 grammes), et quoique l'affaissement du côté correspondant du thorax fût déjà considérable et fut manifesté par l'effacement presque complet des espaces intercostaux, une sonde de poitrine introduite dans le trajet fistuleux remontait encore jusque bien loin au-dessous de l'omoplate; la respiration ne s'entendait que dans la région sous-claviculaire, la fosse sous-épineuse et un peu le long de la colonne vertébrale.

Du mois de mai au mois d'août l'état du malade fut absolument stationnaire et il devint évident que la rétraction de la cavité compatible avec la rigidité de ses parois avait atteint ses dernières limites. Sans

plus tarder, je résolus de pratiquer la résection costale suivant les préceptes d'Estlander.

Le 25 août, le malade étant endormi, la paroi thoracique nettoyée avec soin, la cavité suppurante lavée avec de la solution phéniquée à 5 0/0 et son orifice fermé avec une éponge qui y était introduite de force, je fis, de part et d'autre de l'orifice fistuleux, une incision de 5 à 6 centimètres suivant la direction très oblique de l'espace intercostal : puis, de l'orifice de la fistule, je fis partir une autre incision, perpendiculaire aux deux premières et je disséquai jusqu'aux espaces intercostaux les deux lambeaux triangulaires résultant de cette incision en T renversé. Je sectionnai le périoste sur la 7e côte dans une étendue de 7 à 8 centimètres, j'isolai circulairement la côte avec une spatule dans toute cette étendue et je la sectionnai en avant d'abord, puis en arrière, de manière à en enlever un segment de 5 centimètres de long; j'en réséquai, ne trouvant pas cette ablation suffisante, encore deux centimètres environ d'un nouveau coup de pince de Liston. Le rapprochement, extrême des côtes voisines qui rendait l'introduction des cisailles très difficile, l'adhérence extrême du périoste et l'irrégularité de la côte qui était déformée et hyperostosée, rendirent cette première résection assez laborieuse. Il en fut de même pour la 8e côte dont j'enlevai par le même procédé 2 à 3 centimètres. Les lèvres de l'incision cutanée étant maintenues avec des écarteurs, j'isolai et je réséquai successivement avec beaucoup de facilité 4 centimètres environ de la 6e côte, 3 centimètres et 1/2 de la 5e, et 3 de la 4e. Après avoir lavé toute la plaie à la solution phéniquée forte, j'introduisis mon doigt dans le trajet fistuleux et je pus m'assurer de l'épaississement énorme de la plèvre qui portait à plus d'un travers de doigt l'épaisseur des parties molles qui recouvraient la cavité suppurante. Je n'eus pas besoin de faire de ligatures : la branche verticale de l'incision fut réunie par suture ; deux drains laissés à ses extrémités, un tube fixé dans le trajet fistuleux et le tout recouvert d'un pansement de Lister.

Ce pansement fut renouvelé d'abord deux fois par jour, puis tous les jours, puis tous les deux jours, la suppuration diminuant très rapidement d'abondance. La température qui était montée à 38°,8 le soir de l'opération redevint normale dès le surlendemain. La réunion se fit par première intention sauf sur deux points où un peu de suppuration se fit jour et où le stylet, pendant un mois et demi, put être introduit jusqu'à la surface des côtes; ces petits orifices se fermèrent néanmoins sans qu'il y eût de nécrose éliminée. Un mois après l'opération, le trajet ne pouvait plus renfermer le liquide qui ressortait à mesure qu'on l'injectait; le 25 octobre, il n'était plus profond que de 6 centimètres et le stylet ne pouvait s'y mouvoir : En novembre, il admettait encore un petit crayon d'iodoforme ; le 10 décembre, il ne reste plus qu'une dépression avec une sorte d'entonnoir d'un centimètre de profondeur, qui est encore tapissé par des bourgeons charnus ; mais quoiqu'un sylet de trousse ne puisse pénétrer plus avant, une bougie filiforme en gomme s'engage encore dans un trajet étroit, de six centimètres environ de profondeur. Celui-ci ne donne plus qu'une tache insignifiante

de pus tous les deux jours, et cependant il est impossible de considérer la guérison comme complète, ou même d'affirmer qu'elle sera jamais parfaite.

La circonférence thoracique mesure à gauche 7 centimètres de moins qu'à droite : le siège de l'opération est occupé par une cicatrice des plus dures où les côtes intéressées paraissent se confondre. Je n'ai pas voulu faire d'exploration avec l'aiguille pour m'assurer de l'existence de la réparation osseuse.

L'embonpoint est tout au moins normal, l'état général parfait. Le malade se sent aussi bien qu'il n'a jamais été.

Obs. V. — *Pleurésie purulente ; empyème ; persistance d'une fistule pleurale, épuisement ; résection de 6 centimètres de la 9e côte, puis, six mois après, résection de 5 centimètres de la 8e et de 3 centimètres de la 7e ; persistance du trajet fistuleux,*

Par M. Paul Berger.

Lh..., âgé de 59 ans, broyeur de couleurs, fut traité en 1880 dans le service de M. le Dr Laboulbène, à l'hôpital de la Charité, pour une pleurésie purulente d'origine suspecte, compliquée d'une bronchite chronique avec expectoration abondante et fétide. Sur l'invitation du chef de service, je pratiquai l'ouverture de la plèvre par incision du 8e espace intercostal gauche vers la fin de l'année. Les lavages répétés avec une solution iodée au dixième, puis au quart, au moyen de deux tubes d'inégale longueur introduits dans la cavité qui était très vaste, furent adoptés comme traitement consécutif. Après une amélioration passagère, la suppuration demeurant abondante et la fièvre hectique recommençant à miner les forces du patient, je lui fis au mois de juillet ou d'août 1882, la résection de 6 centimètres de la 9e côte pour donner une plus libre issue au pus : cette côte était altérée et dénudée. Six mois après, l'état restant à peu près le même, je réséquai 5 centimètres environ de la 8e côte et 3 de la 7e et je passai un tube à drainage assez loin en arrière dans le 9e espace intercostal. Comme, malgré ces résections trop peu multipliées et trop peu étendues, la cavité ne semblait pas vouloir s'oblitérer, je me préparai à pratiquer dans une plus large mesure l'opération thoraco-plastique ou même à avoir recours à l'opération de Max Schede : mais le malade présentait déjà un peu d'infiltration des extrémités inférieures et du visage, et en examinant les urines, l'on y découvrit une assez notable proportion d'albumine. Je renonçai donc à l'opération.

Le malade a quitté l'hôpital ; la suppuration est, somme toute, assez modérée comme abondance ; des lavages pratiqués par le tube à drainage permettent de tenir la cavité qui est spacieuse (100 grammes de liquide peut-être) en assez bon état. Je l'ai revu ces temps derniers et sa santé générale ne semble pas s'être notablement altérée jusqu'à ce jour.

L'insuccès de l'opération est ici manifestement dû à l'insuffisance de l'intervention pratiquée à une époque où je n'étais pas suffisamment au courant des observations d'Estlander et de Homén ; peut-être l'âge du sujet et l'altération déjà ancienne de sa constitution doivent-ils être rendus également responsables d'une partie de ce mauvais résultat.

Quoique cinq observations inédites puissent paraître une contribution de quelque importance à l'histoire d'une opération qui n'a été encore pratiquée qu'un nombre de fois assez restreint, on ne saurait conclure, en s'appuyant sur elles, sans consulter les faits publiés jusqu'à ce jour dans la littérature médicale française et étrangère.

Une distinction ici s'impose. La résection des côtes dans l'opération de l'empyème par incision est fort ancienne ; aux temps hippocratiques déjà, l'on savait trépaner une côte pour créer au pus une issue que la rétraction de la paroi thoracique ne pût oblitérer. Reybard et Sédillot s'étaient déclarés partisans de cette opération, et dans ces dernières années, presque tous les médecins et les chirurgiens, qu'a préoccupés la question du traitement chirurgical des épanchements purulents de la plèvre, ont pris fait et cause pour ou contre la résection primitive d'un segment de côte pratiquée comme l'un des temps de l'ouverture de la cavité suppurante. Parmi ceux qui l'ont adoptée, il faut surtout citer König (de Göttingen) qui d'abord, dans une communication au congrès des chirurgiens allemands, en 1878, puis en 1880 dans un article du *Centralblatt für Chirurgie* (n° 48), conseille, comme règle générale dans l'opération de l'empyème, la résection d'un fragment de côte de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres. Les résultats de sa pratique ont été publiés en 1881 par un de ses élèves[1]. Hampeln, de Riga[2], s'est également déclaré partisan de la résection costale primitive, mais d'une résection partielle seulement, dans laquelle le bord inférieur de l'arc costal était respecté de manière à empêcher le rétrécissement de l'orifice par rapprochement des deux bouts de la côte divisée. Wagner, de Königshütte[3], dans un excellent travail sur le traitement de l'empyème, pense que le procédé de König deviendra de plus en plus le procédé d'élection dans la pleurotomie. Le temps nous manquerait pour citer tous les auteurs qui ont adopté cette manière de voir et pratiqué la résection costale,

[1] MUGGE (de Göttingen), Ueber die Operation des Empyems (*Berlin. klin. Wochenschr.*, 1881, nos 11 et 12).

[2] HAMPELN, *Zeitschr. f. klin. Medic.*, 1882, IV, 1 et 7, p. 248.

[3] W. WAGNER, Das Empyem und seine Behandlung (*Sammlung klinischer Vorträge*, 1881, n° 197, p. 17).

non seulement comme C. Gerhardt[1], de Würtzbourg, et Adolphe Baginski[2], de Breslau, lorsqu'il s'agit de l'opération de l'empyème chez les enfants, dont les espaces intercostaux, par leur étroitesse, rendent l'évacuation de la cavité pleurale sans résection costale, presque toujours imparfaite, mais comme méthode de choix chez l'adulte.

Ainsi que l'on peut s'en assurer, la résection costale, en pareil cas, a toujours été limitée à une ou deux côtes, au plus. Primitive, elle a toujours eu pour objet la création d'une large ouverture permettant l'issue du pus et facilitant le nettoyage de la cavité à l'aide des lavages et des injections. Consécutivement à l'ouverture de la plèvre ou tardivement pratiquée, elle a eu pour but la dilatation d'un orifice fistuleux qui était devenu insuffisant, l'ablation d'un fragment osseux altéré par le contact des canules et de la suppuration, parfois l'extraction d'un corps étranger, d'un drain perdu dans la cavité pleurale suppurée[3].

Le but de l'opération thoracoplastique d'Estlander, celui que nous avons cherché à remplir, MM. Bouilly, Bœckel et moi, chez nos malades, est tout différent. Il s'agit de venir en aide au travail d'oblitération spontané qui résulte de la traction que les adhérences pleurales exercent sur la paroi thoracique, et qui se traduit par l'affaissement du côté correspondant de la poitrine et le resserrement des espaces intercostaux, travail qui amène le retrait graduel de la cavité suppurante et l'occlusion des fistules consécutives à l'incision de l'empyème. Ce retrait est limité par la forme et la résistance des arcs costaux, de même que l'application du poumon contre le feuillet pariétal de la plèvre est subordonnée à la force et à l'étendue des adhérences qui fixent cet organe dans la situation anormale où l'a placé l'épanchement pleural. On conçoit que dans les cas d'empyème, où l'épanchement était abondant, où l'ouverture et l'évacuation du pus n'a été faite que tardivement et d'une façon insuffisante, à l'âge où la mobilité et la flexibilité des côtes est moindre, un épanchement purulent de la plèvre ait moins de chances de guérir complètement par l'incision que dans les circonstances opposées, et que l'on voie souvent se constituer une fistule pleurale persistante. L'influence de ces conditions défavorables sur la transformation d'un empyème en une fistule aboutissant à une cavité plus ou moins spacieuse située derrière la

[1] C. Gerhardt, Ueber Empyemoperation bei Kindern (*Transact. of the International med. Congress*, 7e session, 1881, London; IV, 184-185).

[2] Adolph Baginsky, Die chirurgische Behandlung des Empyems (*ibid.*).

[3] Robert Abbe, Drainage tube in the chest for two weeks, resection of a rib necessary for its removal (*New-York m. Record*, 1882, XXI, p. 172).

paroi thoracique, peut être prouvée, la statistique en main, ainsi que l'a fait Homén[1], élève d'Estlander. Réunissant les observations de Montard Martin, de Quincke, de Lebert, de Bull, de Ribbing, de Baum, de König et l'importante série de faits de Fraentzel[2], ce chirurgien a montré que dans l'empyème la durée du traitement, s'étendant de l'incision de la plèvre à la guérison complète du malade, était d'autant plus considérable qu'il s'était écoulé un temps plus long du début de la maladie jusqu'à l'intervention chirurgicale, que les cas d'empyème terminés par fistule persistante étaient en général ceux dans lesquels l'ouverture du foyer thoracique avait été tardive, et qu'on n'avait plus guère le droit d'attendre une guérison spontanée lorsque trois à quatre mois s'étaient passés sans amélioration notable depuis l'incision pratiquée seulement deux ou trois mois après le début des accidents.

La nécessité d'intervenir pour faire échapper le malade aux mauvaises chances qui résultent d'une suppuration indéfiniment prolongée s'impose; on ne garde pas impunément, le plus souvent au moins, une fistule pleurale, et si j'ai pu voir encore récemment une dame qui, depuis huit ans, supporte cette infirmité, sans que sa santé en soit fort altérée et sans même en paraître gravement incommodée, les statistiques ci-dessus mentionnées démontrent que c'est là un fait exceptionnel : la dégénérescence amyloïde ou la tuberculose sont le terme auquel trop souvent conduit l'empyème, transformé en une fistule pleurale incurable.

C'est le retrait de ce foyer de suppuration, à parois rigides, que s'est proposé de favoriser le professeur Estlander, en faisant subir aux arcs costaux une perte de substance, grâce à laquelle ils pussent s'enfoncer en quelque sorte dans la cavité thoracique et permettre le contact de la plèvre pariétale et de la plèvre viscérale. C'est lui qui, le premier, établit l'indication de cette nouvelle variété de résection costale et qui, le premier, la pratiqua méthodiquement dans ce but[3].

Pourtant, dans certains ouvrages récents, d'ailleurs très recommandables, on attribue à d'autres chirurgiens la paternité de cette opération. Les uns, avec Wagner[4], en font honneur à Roser, de

[1] E.-A. Homén, Die Methode des prof. Estlanders, durch Rippenresectionen kronische Fälle von Empyem zu behandeln (*Archiv f. klin. Chirurgie*, 1881, XXVI, 1° Heft, p. 151).

[2] Fraentzel, in *Ziemssen's Handbuch des spec. Pathologie u. Therapie*, IV, 1: 2, 2, p. 504).

[3] J.-A. Estlander, d'Helsingfors (*Finska Läkaresällskapets Handlingar*, 1877, Bd. XIX, n° 4, p. 275.)

[4] W. Wagner, *loc. cit.*, p. 28.

Marburg, qui, dès 1859, aurait pratiqué la résection costale dans ce but. Nous avons eu beau rechercher dans les écrits de ce chirurgien la justification de cette assertion, nous n'avons pu trouver que l'indication d'une résection costale pratiquée pour agrandir l'orifice de la fistule que l'hyperostose de la côte en question avait notablement rétréci[1].

Une opinion plus généralement accréditée fait remonter au professeur Simon la première opération de résection thoracoplastique[2]; c'est en 1869 que ce chirurgien aurait pratiqué la résection de plusieurs côtes pour obtenir la guérison d'un empyème fistuleux. Il suffit de se reporter aux termes mêmes de l'observation que Simon a communiquée à Peitavy[3] pour se convaincre que, par son opération, il ne se proposait que de créer une large voie d'écoulement pour le pus retenu dans la poitrine : *Um daher die Oeffnung permanent gross zu erhalten, wurde vier Monate nach der ersten Incision, durch einen funfcentimeter Langenschnitt, die sechste Rippe resecirt.....* Il est vrai qu'après avoir obtenu la guérison par ce moyen, Simon l'aurait attribuée à la rétraction de la cavité, facilitée par l'extirpation du segment de côte, plutôt qu'à l'agrandissement de l'orifice : il aurait même, dans ses leçons orales, insisté sur l'efficacité de la résection costale pratiquée dans ce but déterminé. Mais, ce qui enlève beaucoup de valeur à cette citation, c'est que ni Peitavy, à qui elle est due, ni Stehberger[4], son collaborateur, ne se sont proposés eux-mêmes autre chose dans les faits qui leur appartiennent, et où la guérison a été obtenue grâce à la résection costale, que de favoriser l'évacuation du foyer. Dans l'un d'eux, en effet, il est dit explicitement que l'extirpation de 3 centimètres de la 7e côte fut faite après que l'on eut inutilement cherché par tous les moyens à maintenir béant l'orifice fistuleux; dans l'autre, le chirurgien réséqua la 8e côte, « croyant à la rétention du pus dans le foyer». — Lossen[5], qui attribue également à Simon le mérite d'avoir posé l'indication en question, n'a successivement réséqué 2 centimètres, puis 3 1/2 de la 6e côte — 2 centimètres, puis 2 1/2 de la 7e, que pour créer

[1] Roser, *Sitzungsbericht d. Naturforscher Versammlung zu Giessen*, 1864, — et *Handbuch d. anat. Chirurgie*, 3e édition.

[2] Körting, Ueber Behandlung grosser pleuritischer Exsudate und der Empyeme durch Punction, Schnitt, Rippenresection und antiseptische Ausspülungen (*Deutsche militärärztliche Zeitschrift*, 1880, nos 7, 8 et 9, p. 424).

[3] Zur Radicaloperation des Empyems (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1879. no 19, p. 262).

[4] Stehberger (*Ærztlichen Mittheilungen aus Baden*, 1876, no 18).

[5] Hermann Lossen, Die Resection der Rippen bei retrocostalen Abcessen (*Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1878, no 9, p. 113).

un libre écoulement au pus d'un abcès intra-thoracique (était-ce un empyème véritable ?) qui, 17 ans auparavant, s'était ouvert en donnant issue à un corps étranger. — On peut donc admettre que l'efficacité de la résection costale, pour obtenir le retrait d'un abcès fistuleux de la plèvre, avait été pressentie.

Vous trouverez même dans nos bulletins la relation d'un fait des plus curieux qui fut, dans la séance du 7 juillet 1875, l'objet d'un rapport de M. Paulet. Il s'agit d'un cas d'empyème traité par le drainage, par M. Letiévant, et dans lequel une hémorragie consécutive détermina ce chirurgien à pratiquer la résection de 4 centimètres de la 7e et de la 8e côtes, pour découvrir la source de l'écoulement sanguin. Ce but ne fut pas atteint, il fallut recourir au tamponnement des orifices, mais M. Letiévant remarqua que la résection des côtes avait aidé au resserrement de la cavité purulente. « A ce point de vue, dit le présentateur, cette pratique est un acheminement dans la voie où conduit l'idée de la mobilisation des parois thoraciques en pareille circonstance. Nul doute que si cette mobilisation était possible sans trop de danger, soit par fracture, soit par section des côtes, elle ne permît un accollement plus facile des parois du foyer purulent, qui ne seraient plus alors maintenues absolument écartées l'une de l'autre. La paroi thoracique, devenue souple, s'affaisserait et irait à la rencontre de la surface du poumon, tendant lui-même à se dilater, sans cependant pouvoir le faire assez pour remplir entièrement la loge thoracique. »

M. Paulet crut cependant devoir faire quelques réserves sur l'utilité que pouvait avoir eue la résection des côtes relativement au résultat final, en étendant les mêmes critiques à la mobilisation chirurgicale de la paroi thoracique proposée par M. Letiévant pour faciliter la guérison d'un foyer purulent intra-pleural. M. Tillaux, dit le *Bulletin*, s'associa aux réserves exprimées par le rapporteur relativement à l'idée de briser les côtes pour en favoriser le rapprochement.

L'indication précise, on le voit par ces extraits, était bien loin d'être établie et les opérations analogues auxquelles les chirurgiens jusqu'alors avaient eu recours, n'avaient eu d'autre but, sinon d'autre utilité, que de permettre l'établissement d'une large voie d'évacuation par les liquides venant de la poitrine. Cette indication accueillie avec défiance à la Société de chirurgie et d'ailleurs si vaguement indiquée, était combattue par Ewald[1], qui

[1] C.-A. Ewald, Zur operativen Behandlung pleuritischer Exsudate (*Charité Annalen*, 1874, I, p. 179).

affirmait n'avoir retiré aucun autre bien de la résection que l'évacuation facile du trajet, dans un cas où il avait réséqué les 4e, 5e et 6e côtes pour un empyème chronique.

Dans les écrits d'Estlander[1], bien au contraire le but que doit atteindre la résection costale secondaire est dès l'abord fermement établi, et l'on ne peut douter que les premières opérations relatées par ce chirurgien et dont les plus anciennes remontent à l'année 1877 n'aient été pratiquées en vue d'obtenir par la section des côtes un affaissement plus complet de la paroi thoracique et l'oblitération de la cavité suppurante, sans aucune préoccupation d'agrandir l'orifice de la fistule. Je crois donc qu'on ne saurait sans injustice refuser le nom d'opération d'Estlander à une méthode de traitement dont ce chirurgien a tracé les indications, le mode d'action, le manuel opératoire, et qu'il semble avoir le premier mis en usage en connaissance de cause.

Nous envisagerons donc que les résultats de l'opération d'Estlander proprement dite, tels qu'ils nous sont donnés par les observations qu'il nous a été possible de rassembler.

Les faits inédits que nous venons de rapporter nous donnent les résultats suivants :

1 guérison complète (Bouilly) ;

3 améliorations très notables dont deux guérisons presque complètes (J. Bœckel, Bouilly, Berger) ;

1 insuccès (Berger) ;

Parmi les faits déjà publiés dont nous avons pu nous procurer les observations complètes, se trouvent tout d'abord ceux d'Estlander, au nombre de six, accrus de 2 autres par Homén, d'Helsingfors. Ces 8 cas, au point de vue du résultat, se décomposent de la façon suivante :

3 guérisons complètes (obs. I, II, et V de Homén, dont 1 tardive) ;

1 amélioration très notable (VI) ;

1 amélioration suivie d'état stationnaire (VII) ;

3 morts survenues de 4 à 6 mois après l'intervention (obs. III, IV et VIII).

En même temps que le professeur d'Helsingfors publiait les observations dans la *Revue mensuelle*, paraissait la relation d'un des plus beaux succès qu'on ait obtenus par l'opération thoracoplastique. Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, atteint d'une suppuration de la plèvre consécutive à un coup de feu, ayant

[1] J.-A. Estlander, Resektion af Refben vid Kroniskt Empyem (*Nordiskt med. Arkiv,* Bd. II, n° 21 ; — et *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie,* 1879, t. III ; 2, p. 157).

pénétré dans la poitrine vers la troisième côte gauche. Deux mois environ après l'accident, guidé par l'affaiblissement rapide du malade causé par la suppuration profuse, le Dr Schneider, de Königsberg, réséqua 5 centimètres de la 2e côte, 9 1/2 de la 4e et de la 5e, 11 centimètres de la 6e; les fragments de la 3e avaient été extraits aussitôt après la blessure. Cette résection étendue amena le retrait et l'oblitération de la partie inférieure de la cavité pleurale suppurée. Mais comme la partie supérieure continuait à verser du pus et que l'orifice d'entrée du projectile demeurait béant, Schneider réséqua un mois après 6 centimètres de la clavicule pour permettre le rapprochement du membre supérieur du tronc. Trois mois après la plèvre était comblée et il ne restait de la lésion qu'un resserrement de 7 centimètres du côté correspondant de la poitrine, un rapprochement de l'épaule du tronc, le bras jouissant de presque tous ses mouvements, et une sorte d'entonnoir, presque complètement cicatrisé, au fond duquel le doigt sentait battre l'artère pulmonaire [1].

Dans l'intéressant travail de Körting, en 1880, se trouve la mention de 16 cas de résection costale sur 110 opérations d'empyème; de ces 16 cas le plus grand nombre appartient ainsi que l'on peut s'en assurer par la lecture des observations, aux résections primitives, faites par le méthode de König, ou aux résections consécutives pratiquées pour enlever une côte nécrosée, ou pour créer une plus large voie d'écoulement au pus. Deux faits seulement sont des exemples de résections multiples, pratiquées pour la guérison d'empyèmes chroniques. Dans l'un d'eux, la résection, deux fois renouvelée, laissa subsister une fistule conduisant à une cavité de 40 centimètres cubes de capacité, et le malade qui était militaire est perdu de vue avec la mention : « complètement invalide » (cas 74). Dans l'autre cas au contraire (cas 171),Ried enleva d'abord deux fragments de côte, puis comme la cavité persistait, il réséqua sur une étendue de plusieurs centimètres les 6e, 7e, 8e et 9e côtes. Le malade guérit et put reprendre ses travaux [2].

Langenbuch [3] a communiqué au Congrès des chirurgiens alle-

[1] SCHNEIDER — Penetrirende Schussverletzung der Brust; Gangræn eines grossen Theils der linken Lunge; Resection mehrerer Rippen und der Clavicula; Heilung (*Langenbeck's Arch. f. klin. Chirurgie*, 1878, Bd. XXIII, I, p. 248).

[2] KÖRTING (*loc. cit.*, p. 444 et 459).

[3] LANGENBUCH (de Berlin),Ein Fall von ausgedehnter Costo-Pleural-Resection (*Bericht über die Verhandl. der deutschen Gesellsch. f. Chir.*, Xe Congress. — *Beilage. Centralbl. f. Chir.*, 1881, n° 20).

mands en 1881, le récit d'un autre cas de guérison survenue chez un homme de 30 ans à la suite de l'extirpation de 9 à 13 centimètres des 6e, 7e, 8e, 9e et 10e côtes. C'est une des résections les plus étendues dont nous ayons pu trouver l'observation.

M. Jules Bœckel[1], auquel nous devons l'une des observations inédites qui sont en tête de ce travail avait, dès 1882, publié le récit d'un beau succès qu'il avait obtenu sur un malade de 18 ans, atteint depuis plus de 8 mois de fistules pleurales anciennes. J'indiquerai plus loin la manière de procéder de ce chirurgien, sa pratique différant par quelques points importants de celle qu'Estlander a préconisée. Plus récemment encore un nouveau fait vient d'être publié par M. Th. Weiss[2], agrégé à la Faculté de Nancy. Dans ce cas, la résection de 4 centimètres des 5e, 6e, 7e et 8e côtes pratiquée 8 mois après le début de la suppuration pleurale, fut suivie un mois après de celle de 3 centimètres des 8e et 9e côtes, et de quelques centimètres de plus de la 5e. Ces deux opérations n'amenèrent aucune amélioration et n'empêchèrent pas le malade de devenir albuminurique. Enfin une dernière observation suivie de guérison, a été communiquée le 28 mars de cette année à la Société pathologique de New-York, par Gerster[3]. Il s'agissait d'un enfant de 5 ans sur lequel on pratiqua l'iucision de l'espace intercostal pour une pleurésie purulente datant de cinq semaines; pour donner au pus une libre issue, il fallut cinq jours après, réséquer la 6e et la 7e côte. Malgré cette opération après laquelle un drain avait été placé dans le trajet, l'enfant ne guérit pas et l'on dut au bout de huit mois faire une nouvelle résection. Celle-ci permit d'enlever un cal osseux exubérant réunissant les extrémités des côtes jadis sectionnées, cal au milieu duquel se voyait encore l'orifice qui laissait passer le drain. La fistule se guérit à la suite de cette deuxième opération.

A ces faits, dont je n'ai pu me procurer l'observation plus ou moins complète, j'ajoute quelques autres dont il n'existe qu'une relation sommaire ou dont l'histoire est encore inachevée.

C'est ainsi que Wagner[4], rendant compte de la modification que Max Schede a apportée à l'opération d'Estlander, mentionne trois cas où ce chirurgien aurait mis son procédé à exécution. L'un

[1] Jules Bœckel, *Fragments de chirurgie antiseptique*, p. 96; Paris, Germer-Baillère, 1882.

[2] Th. Weiss, *Mélange de clinique chirurgicale*, p. 97; Paris, Berger-Levrault, 1883.

[3] Gerster, Exsection of ribs for Empyema; new formation of bone (*New-York med. Record*, 1883, XXIII, n° 16, p. 442).

[4] Wagner, *loc. cit.*, p. 30.

d'eux fut suivi d'un succès complet; dans les deux autres le résultat est resté inconnu.

Le même auteur rapporte que Wiesinger (de Hambourg) a opéré de la même manière un malade et était parvenu de la sorte à réduire à la capacité de 50 grammes un foyer suppurant pleural qui ne mesurait auparavant pas moins de 600 grammes; le résultat définitif de ce cas n'est pas publié.

M. Monod[1] a tout récemment fait paraître dans la *Semaine médicale* le récit d'une opération dont les suites ne nous sont pas connues.

Citons encore un fait de Weinlechner[2], dans lequel une fistule consécutive à un empyème qui s'était ouvert spontanément ne put être amenée à guérison malgré des résections multipliées portant sur plusieurs côtes. Le malade mourut, au bout de sept ans, de tuberculisation pulmonaire.

Note. — On pourra consulter enfin les cas rapportés par E. Küster[3], Feuger[4], Bruglocher[5], Navratil[6], Marvà[7], cas dont nous n'avons pu nous procurer que l'indication, les recueils où ils ont été publiés n'existant dans aucune de nos bibliothèques; et surtout un travail de Thomas, dans la *Birmingham med. Review*, d'avril 1880, où cet auteur rapporterait neuf exemples de résections costales pratiquées pour la guérison d'empyème. Nous donnons ces indications bibliographiques pour ceux qui, plus heureux que nous, pourraient recourir à leur source.

Voici donc les résultats des 21 cas dont nous avons trouvé l'observation dans les publications récentes. Ils fournissent :

9 succès complets (3 Estlander; 1 Schneider, Langenbuch, Körting, J. Bœckel, Gerster, Max Schede);

1 Charles Monod, Fistules pleurales, opération d'Estlander (*Semaine médicale*, 1883, n° 45, 1er novembre).

2 Weinlechner (*Bericht d. K. Krankenanstalt Rudolph-Stiftung in Wien für* 1880, p. 371; 1881).

3 E. Kuster, Thoraxfistel nach Empyem, Rippenresection mit querer Drainage, Heilung (*Med. chir. Centralblatt*, p. 47; Wien, 1882).

4 C. Feuger, The thoracoplastic operation of Estlander; multiple and extensive resection of the ribs over old and intractable empyema-cavities, as a mean to effect their closure (*Philadelphia med. News*, 1882, XLI, p. 337-343).

5 Bruglocher, Resection mehrerer Rippen wegen Empyem (*Aerztl. Intelligenz. Bl.*, XXIX, p. 347-349. Munich, 1882).

6 Navratil, Rippenresektion in einem Falle von Pyothorax (*Pest. med. chir. Presse*, XVIII, p. 398. Buda-Pest; 1882).

7 J. Marva, Empyema cronico; operacion toracoplástica (reseccion parcial de las costillas), curacion (*Rev. estremeña de med., cir. y farm.*, XI et XIX, p. 73; Madrid, 1883).

2 améliorations de l'état local et de l'état général (Estlander, Homèn) ;

6 insuccès manifestes (2, Estlander; 1, Homèn, Körting, Weiss, Weinlechner), dont 4 suivis de la mort au bout de 4 à 6 mois (Estlander, Homèn), et de 7 ans (Weinlechner).

Le résumé de cette petite statistique, en y comprenant les observations inédites que nous venons de vous soumettre, nous donne, sur 26 cas :

10 guérisons complètes ;

5 améliorations notables ;

3 insuccès ;

4 cas dans lesquels l'insuccès fut suivi plus ou moins longtemps après de la mort du malade.

Enfin, dans 2 cas de Schede, 1 de Wiesinger, et dans celui de M. Monod, le résultat final ou bien est resté inconnu ou n'a pu encore être publié.

Nous n'avons voulu y comprendre que les opérations pratiquées d'après l'opération proprement dite et par la méthode d'Estlander. Nous aurions eu à ajouter un bien plus grand nombre de succès, si nous avions voulu compter ici les cas où la guérison d'un empyème est survenue à la suite de la résection d'une ou de plusieurs côtes pratiquée dans un but différent (ouvrir une plus large voie au pus, enlever un fragment de côte nécrosée, etc.), mais où, comme Roser, Simon et Letiévant les premiers l'ont remarqué, la résection parut surtout agir en permettant le retrait de la paroi thoracique.

Ce sont les insuccès surtout qu'il nous importe d'analyser ici, afin d'en rechercher les causes. Nous voyons d'abord que dans aucun des quatre cas qui se terminèrent par la mort, celle-ci ne put être mise sur le compte de l'intervention chirurgicale. La mort survint, en effet, dans un cas par tuberculisation pulmomonaire ; dans deux, par albuminurie et dégénérescence amyloïde des viscères ; dans un cas où l'on avait observé une amélioration temporaire, le malade succomba, six mois après avoir quitté l'hôpital, à des accidents dont la nature n'est pas indiquée. Chez un des opérés, à la vérité, des poussées d'érysipèle se déclarèrent autour de la plèvre qui s'était rouverte, mais ces érysipèles, qui contribuèrent sans doute à hâter le terme fatal, étaient des érysipèles ultimes, survenus sous l'influence de la dégénération viscérale que révélait déjà l'albuminurie ; le malade du reste ne succomba qu'au bout de quatre mois. Nous pouvons donc affirmer que si la résection costale n'a pas toujours sauvé le malade, elle n'a du moins jamais déterminé la mort, ni même notablement aggravé la situation.

Dans les 4 cas malheureux terminés par la mort, dans les 3 autres insuccès, dans les 5 cas plus heureux où se trouvent notés une amélioration notable, mais avec persistance d'une fistule, quelles furent les raisons qui s'opposèrent à l'adhésion complète des parois de la cavité purulente et à la guérison ?

Même en pesant minutieusement les particularités relatives à chacune des observations, il est fort difficile d'arriver sur ce point à des données positives. En effet, toutes ou presque toutes les opérations ont été faites pour des cas graves et même presque désespérés et dans les conditions les plus défavorables à l'oblitération de la plaie suppurée. L'on ne peut en excepter qu'une : l'âge; la résection costale ayant presque toujours été faite sur des sujets jeunes; et même à cet égard la lecture des observations ne nous apprend pas grand chose. Si, sur des sujets âgés de 59 ans, comme le second de mes opérés; de 49 ans, comme un de ceux d'Estlander, on a observé l'insuccès final, une des premières guérisons obtenues par le chirurgien d'Helsingfors l'a été sur un homme âgé de 56 ans. Si bon nombre de succès ont été remportés sur des malades âgés de 21 à 25 ans, nous trouvons parmi les cas où l'insuccès aboutit à la mort des jeunes gens de 21 et de 25 ans. Si donc l'âge avancé est une présomption défavorable, il n'exclut pas plus la possibilité d'un résultat heureux que la jeunesse n'est une garantie absolue de ce dernier.

Les lésions pulmonaires antérieures sous l'influence desquelles s'était probablement développé l'épanchement purulent de la plèvre, ont été une cause de revers autrement efficace. On s'est généralement abstenu d'opérer en de semblables circonstances, et je crois qu'il faut imiter cette réserve ; mais dans deux cas où la tuberculisation pulmonaire existait avant l'opération, celle-ci ne fut suivie d'aucune amélioration locale et la mort survint au bout d'un temps plus ou moins long. Nous voyons cependant l'un de mes opérés, chez lequel la tuberculisation était soupçonnée et qui présenta même des accidents que M. Féréol crut pouvoir attribuer à une poussée de tuberculose miliaire aiguë, guérir presque complètement à la suite d'une résection costale étendue, et présenter un retour complet des forces et de l'embonpoint. C'est dire qu'en pareilles conjonctures il ne faudrait pas se laisser arrêter par des présomptions, mais seulement par la certitude de l'existence de lésions tuberculeuses des poumons.

Plusieurs des opérés étaient avant l'opération dans un état d'affaiblissement qui faisait craindre une mort prochaine : des diarrhées profuses de l'œdème des extrémités inférieures, des escarres au sacrum, n'ont pas empêché le résultat final d'être bon (obs. II d'Estlander). Mais dans aucune des observations, la

suppuration, même prolongée, n'avait produit la dégénérescence amyloïde des reins au moment de l'opération. L'apparition de l'albumine dans les urines doit, en effet, être considérée comme indiquant une abstention formelle; quand elle s'y montre, il est trop tard pour opérer et passer outre serait courir à des revers certains; c'est ainsi du moins que j'ai cru devoir régler ma conduite chez mon second malade, où l'albuminurie me détourna de recourir à une troisième opération.

Notons en passant que parmi les pleurésies purulentes qui nécessitent la résection costale, deux étaient dues à des plaies pénétrantes de poitrine; les deux malades, sujets de ces observations, guérirent.

La fixation du poumon contre la colonne vertébrale par des adhérences solides est un des principaux obstacles qui s'opposent au rétrécissement graduel de la cavité suppurante, à la suite de la pleurésie purulente. Ces adhérences sont d'autant plus intimes qu'un temps plus long leur a permis de se former, tandis que le poumon était refoulé par l'épanchement. Aussi Homèn, dans les premières pages de son travail, a-t-il pu fonder sur l'interprétation de ses relevés statistiques cette loi que, dans la pleurésie purulente, la durée du traitement depuis l'ouverture de la plèvre jusqu'à la guérison complète, était intimement liée au temps plus ou moins long qui s'était écoulé du début de l'affection jusqu'à l'incision de l'espace intercostal. Cette condition doit également régler les chances que présente dans un cas donné l'opération d'Estlander : les délais apportés à l'opération de l'empyème, en favorisant la production d'adhérences qui fixent le poumon rétracté à distance de la paroi thoracique, doivent, même après la résection costale, rendre d'autant plus difficile à combler le vide qu'a laissé à sa suite l'évacuation de l'épanchement; mais c'est là une simple vue de l'esprit. Nous trouvons, en effet, dans la majorité des observations, qu'au lieu d'une incision large et hâtive, un orifice insuffisant s'était ouvert spontanément ou à la suite d'une ponction, et qu'ainsi s'était produit le trajet fistuleux que la résection avait eu plus tard pour mission de guérir. C'est ainsi que l'établissement de la fistule s'était fait à la suite d'une ou de plusieurs ponctions dans les cas 2, 3 et 7 de la statistique d'Estlander et de Homèn, dans les observations de Weiss, de Langenbuch et dans l'observation LXXIV de Körting, enfin dans le second cas de M. Bouilly. L'ouverture de l'empyème s'était spontanément opérée dans la première opération de M. Bouilly, dans la première également de M. J. Bœckel, dans les cas 1, 4, 5, 6 et 7 rapportés par Estlander et Homèn. Dans un cas (obs. CLXXI de Körting) deux ans s'étaient écoulés depuis le début de la maladie, lorsqu'on dut pratiquer l'empyème

de nécessité; le malade guérit néanmoins par la résection costale. Cette même condition défavorable à la guérison, se retrouvant ainsi dans presque toutes les observations heureuses ou malheureuses, on ne peut rien en conclure au point de vue des chances plus ou moins grandes qu'elle laisse à l'opération thoracoplastique. Il en est de même du temps variable qui s'est écoulé depuis l'établissement de la fistule pleurale jusqu'à la résection; l'opération hâtive de même que l'opération retardée comptent leurs succès et leurs insuccès. Si j'ai pu croire que, chez mon deuxième opéré, le temps très long qui s'était écoulé depuis l'ouverture de l'empyème (2 ans) n'était pas sans influence sur l'insuccès de mes deux tentatives opératoires et sur l'apparition de lésions secondaires qui m'empêchèrent de les renouveler, il me faut également citer le cas de Hermann Lossen qui guérit par la résection costale une suppuration intrathoracique remontant à 17 années, celui de M. Bouilly (1re observation) dans lequel l'ouverture spontanée de l'empyème, qui guérit par la résection, datait de près de dix ans.

Les dimensions de la cavité suppurante elle-même ne peuvent être considérées comme un obstacle au succès, puisque toujours il s'agissait d'empyèmes restés fistuleux, c'est-à-dire d'épanchements abondants, occupant parfois la presque totalité de la plèvre. Remarquons néanmoins que dans les deux cas d'épanchements purulents d'origine traumatique traités et guéris par la résection costale, si l'abondance de l'épanchement était énorme et la cavité très vaste, l'ouverture de la plèvre, l'évacuation de la collection purulente et la résection des côtes elle-mêmes furent pratiquées de très bonne heure, ce qui expliquerait peut-être le succès qui les suivit.

Faisons observer ici, sans donner à cette remarque plus d'importance qu'elle ne le mérite, qu'en tenant compte des observations où le côté malade se trouve indiqué, l'opération d'Estlander a été pratiquée 15 fois sur le côté gauche, 3 fois seulement sur le côté droit. Dans un cas seulement, il s'agissait d'une femme.

Dans bien des cas, l'absence de guérison a vraisemblablement tenu à la timidité du chirurgien ou à son inexpérience de l'opération qu'il devait pratiquer. Je n'hésite pas à rapporter à cette dernière cause l'insuccès que j'éprouvai dans ma première tentative. Je compris deux fragments de côte seulement dans ma résection, alors qu'il fallait en intéresser quatre ou cinq au moins. Quand je voulus plus tard compléter mon intervention, il n'était plus temps : le malade était albuminurique. Cette opinion me paraît justifiée par le nombre de faits où une première opération étant restée sans résultat appréciable ou n'ayant déterminé qu'une amélioration, une deuxième, une troisième intervention parfois, furent nécessaires

pour rendre la guérison complète ou à peu près complète. Qu'on se rappelle l'observation de Schneider où il fallut réséquer d'abord 5 centimètres de la deuxième côte, 9 1/2 centimètres des quatrième et cinquième, 11 de la sixième, puis, un mois après, 6 centimètres de la clavicule, pour amener l'occlusion du foyer. Il s'en faut néanmoins que les opérations multipliées aient toutes été heureuses, et le plus grand nombre de chances, comme la plus grande proportion de succès paraissent acquis à l'intervention très large d'emblée. C'est ainsi que Langenbuch, dans un cas que nous avons cité, guérit un empyème fort ancien, où le poumon étant rétracté contre la colonne vertébrale et où le doigt, introduit dans la plèvre, pouvait toucher l'artère pulmonaire gauche, en excisant sur une étendue de 9 à 13 centimètres les sixième, septième, huitième, neuvième et dixième côtes. Il y a évidemmeut un rapport à trouver entre l'ancienneté du cas, la rétraction du poumon, l'étendue de la cavité à combler, l'épaisseur des fausses membranes qui la tapissent d'une part, et le nombre ainsi que l'étendue des résections que l'on doit pratiquer. Mais ce rapport ne nous paraît pas encore facile à établir, et ceci nous amène à dire quelques mots de la technique même de l'opération qui nous occupe.

Pour permettre le retrait de la plèvre en supprimant la résistance de la charpente osseuse de la poitrine, on peut agir de deux façons : ou supprimer une assez grande longueur de l'une ou de deux des côtes qui correspondent au foyer purulent et faire ainsi une résection étendue en circonférence ; ou l'on peut répartir l'action chirurgicale sur toute la surface dont ont veut déterminer l'affaissement et réséquer un plus grand nombre de côtes sur une longueur moins considérable.

Le premier mode, qui avait été employé surtout par les chirurgiens qui se proposaient d'ouvrir par l'opération une large issue au pus contenu dans la poitrine, est à présent abandonné, car il présente le triple inconvénient : d'une exécution plus difficile, la première résection étant toujours la plus laborieuse, en raison du resserrement des espaces intercostaux ; d'une moindre efficacité, en raison de son action limitée à une ligne ; enfin d'une déformation favorisant davantage la production d'une scoliose consécutive.

On a donc recours à l'ablation de segments de côtes assez multipliés, d'autant plus longs que la côte à laquelle ils appartiennent est située plus près de la partie moyenne du foyer, d'autant plus courts que l'on se rapproche d'avantage de ses limites supérieure et inférieure. La forme générale de la perte de substance créée par l'opération à la charpente du thorax est donc celle d'un ovale irrégulier.

Quoique dans l'exécution de son projet le chirurgien doive

compter avec les circonstances très variables qui modifieront sa conduite pour chaque cas particulier : conditions inhérentes au siège de la fistule, à la direction du trajet, à l'étendue de la cavité suppurante, au degré de rétraction du poumon et de la paroi thoracique, à l'épaisseur des adhérences néo-membraneuses qui tapissent la plèvre, etc., etc., il est un certain nombre de règles d'une application à peu près générale, règles auxquelles se sont conformés jusqu'à présent presque tous les opérateurs.

I. — *Siège et lieu de l'opération.* — La région de la paroi thoracique choisie pour la résection dépend avant tout du siège de la cavité qu'il s'agit de combler et de celui de l'orifice fistuleux. Celui-ci se trouve dans la plupart des cas vers les régions déclives, et le plus souvent aussi sur la partie latérale du thorax. L'orifice créé par l'incision antérieure d'un espace intercostal, ou par une ponction, ou par l'ouverture spontanée d'un abcès, correspond presque toujours à la partie moyenne des deux espaces intescostaux situés entre la 4e et la 9e côte. Le lieu le plus favorable pour pratiquer la résection costale sera donc la partie latérale du thorax, en ligne axillaire. L'opération pratiquée en cet endroit, outre l'avantage de correspondre au point précis où l'affaissement de la paroi thoracique doit se produire, sera faite en un endroit où les espaces intercostaux ne sont recouverts que par les digitations du muscle grand dentelé. On évitera ainsi d'avoir à traverser les muscles larges, soit le grand pectoral, soit le grand dorsal. De plus, la résection laissant en avant et en arrière d'elle des portions à peu près égales de chaque côte intéressée, leur permettra de s'infléchir également vers le fond de la cavité sous la traction des adhérences. En dehors d'indications spéciales (comme celles qui existaient dans l'observation de Schneider, par exemple) la résection devra toujours être faite sur les parties latérales et déclives du thorax.

II. — *Détermination des côtes à réséquer; nombre et étendue des segments à enlever.* — Dans ce choix, l'on se guidera sur les données particulières du cas vis-à-vis duquel on est placé. Pourtant une première règle qu'on doit observer est de faire, dès l'abord, une très large résection. Le plus grand nombre des insuccès a été dû peut-être à la parcimonie de l'opérateur, et il vaut beaucoup mieux enlever d'emblée des segments plus longs et plus nombreux qu'on ne le croit nécessaire, que de s'exposer à revenir plus tard à une seconde opération, la première étant resté insuffisante. La réparation osseuse se fait très rapidement au niveau de la cicatrice, ainsi que le démontrent de nombreuses observations, celle de Gerster entre autres, et la deuxième résection que l'on est obligé de pratiquer n'est plus, à proprement parler, une intervention complémentaire : c'est une opération présentant toutes les dif-

ficultés de l'opération première que l'on est forcé de recommencer à nouveau. Il ne faut pas oublier du reste que l'on agit sur des malades le plus souvent épuisés par une longue suppuration, et que le retard apporté à la guérison peut favoriser le développement de la tuberculose ou de la dégénérescence amyloïde, et rendre, comme dans ma deuxième observation, l'intervention ultérieure impossible.

Ceci étant posé, l'on se réglera surtout sur le siège de l'orifice fistuleux ; s'il est très déclive et si la cavité suppurante est placée au-dessus de lui, il suffira de réséquer, à partir de la fistule, en remontant, un nombre de côtes correspondant à peu près aux dimensions verticales du foyer intra-thoracique. Si la cavité s'étend au-dessous de l'orifice fistuleux, il faudra de même étendre la résection aux côtes inférieurement situées. Il n'y a que quatre côtes qu'en raison de leurs connexions ou de leur rôle mécanique il faille éviter de toucher : ce sont les deux premières et les deux dernières ; encore avons-nous vu que Schneider a fait avec succès une résection étendue de la deuxième côte et qu'il a même joint à celle-ci la résection de la partie moyenne de la clavicule. Ce sont là des faits exceptionnels motivés par une indication toute spéciale tirée du siège de la fistule.

Pour ce qui est de l'étendue à donner aux fragments osseux que l'on enlève, on peut dire qu'elle dépend des dimensions de la cavité suppurante au niveau de la côte que l'on intéresse. Ainsi les segments réséqués atteindront une longueur plus grande vers les parties moyennes du foyer purulent que vers ses extrémités. Est-il possible d'évaluer en chiffres cette longueur pour une cavité purulente de dimensions déterminées ? Homén a voulu le faire en évaluant par une formule la différence qui existe entre l'arc costal, correspondant à la portion suppurée de la plèvre, et la corde qui le sous-tend. Nous pensons qu'il y a là une exagération théorique et que ces évaluations algébriques passeraient difficilement dans la pratique, d'autant plus qu'il est fort malaisé d'évaluer, même approximativement, l'étendue que peut présenter la cavité d'un empyème chronique : ni les injections de liquide, ni l'introduction de sondes en différents sens ne donnent de renseignements positifs. On peut dire, en général, qu'à une grande cavité il faut proportionner une intervention large et étendue ; mais certains foyers de petite dimension même, mais tapissés de fausses membranes épaisses, surtout lorsque le côté correspondant du thorax aura atteint l'affaissement maximum dont il est susceptible sans opération, réclameront souvent une opération plus importante que d'autres empyèmes plus vastes mais moins éloignés encore des conditions de la cure par oblitération spontanée. Il ne faut donc pas craindre de porter l'instrument sur 4, 5 et 6 côtes, et d'en réséquer, comme l'a fait

Langenbuch, jusqu'à 11 et même 13 centimètres. Ajoutons qu'un chirurgien sage n'oubliera pas de s'assurer par l'auscultation et la percussion de la poitrine, et même par l'introduction d'une sonde par le trajet fistuleux, de l'étendue des parois thoraciques où il est absolument sûr de pouvoir manœuvrer sans craindre d'ouvrir une portion de la cavité pleurale encore dépourvue d'adhérences. Cet accident, qui ne s'est pas présenté dans l'opération d'Estlander, a été observé dans la résection de fragments de côtes cariées, et, s'il n'a pas eu de conséquences plus graves, ce n'est pas à l'opérateur qu'il faut en attribuer le mérite.

Inutile de dire qu'une section linéaire des côtes ne pourrait suffire, les extrémités simplement divisées, ne présentant pas d'écartement, devant nécessairement arc-bouter l'une contre l'autre et ne pouvant dès lors permettre l'affaissement des côtes.

Peut-on, au contraire, pour favoriser cet affaissement, après avoir réséqué une certaine longueur de côtes au niveau du foyer, pratiquer, ainsi que Wagner le propose, une troisième section plus en arrière sur chaque arc costal, de manière à déterminer la formation de fragments mobiles qui puissent s'enfoncer vers l'intérieur de la poitrine? Cette conduite n'a jusqu'à présent pas été suivie; elle ne me paraît pas exempte d'inconvénients, la section postérieure devant être faite au milieu des muscles larges du dos, et de plus en un endroit où la présence d'adhérences pleurales serait peut-être moins sûre. Elle doit en tout état de cause être réservée pour les cas rebelles où la résection simple se serait montrée inefficace.

III. — *Manuel opératoire.* — L'incision des parties molles doit être large; la direction que lui donnera le chirurgien doit être réglée par les nécessités de chaque cas particulier. Incisions multiples ou unique, linéaires, cruciales, courbes, en H, lambeaux quadrilatères ou autres peuvent être mis en usage : cela n'a aucune importance. Il convient seulement, si l'on taille un lambeau, d'avoir soin qu'il soit ramené par son propre poids sur les surfaces à recouvrir : ces incisions seront plus tard réunies par la suture.

Les résections costales doivent être faites par la méthode sous-périostée : c'est le moyen sûr d'éviter la blessure des nerfs et des vaisseaux intercostaux. On incise les digitations du muscle grand dentelé et le périoste dans une étendue un peu plus grande que celle que l'on veut donner à la résection. On détache avec la spatule le périoste de la face antérieure et des bords de chaque côte; il m'a même paru assez facile de décoller le périoste de la face profonde au moins sur la ligne moyenne avant la section de la côte. Celle-ci se fait avec une pince de Liston courbe, non sans quelque diffi-

culté, pour la côte attaquée la première surtout; on peut glisser un de ses mors sous elle et la couper d'abord vers l'une des extrémités du segment que l'on veut enlever. On saisit celui-ci avec un davier, on achève de le détacher du périoste, et on pratique à l'autre extrémité la seconde section. La dénudation, ainsi que je viens de le dire, et la section de la côte première à enlever sont toujours plus difficiles. On commence en effet d'ordinaire par une des côtes voisines de l'orifice fistuleux et souvent celles-ci présentent des ostéophytes et des hyperostoses. De plus, le resserrement des espaces intercostaux rend l'usage de la pince de Liston ou du sécateur plus difficile, et il faut souvent faire quelques mouvements de levier avec l'instrument avant de pouvoir l'insinuer entre les côtes. Je me suis trouvé bien en pareil cas de commencer par couper la côte vers sa partie moyenne et d'enlever un segment de part et d'autre de cette section en quelque sorte préparatoire. La pince de Liston, à mors légèrement dentelés, m'a paru préférable aux sécateurs et costotomes dont les lames glissent aisément sur la côte au lieu de l'entamer. On pourrait être obligé, comme l'a été M. Weiss, d'avoir recours au ciseau et au maillet; mais ce mode d'opérer présente une certaine brutalité d'action et, en effet, dans le cas rapporté par cet auteur, nous voyons qu'une échappée de l'instrument détermina la blessure d'une des artères intercostales, petit accident, si l'on veut, mais qu'il vaut mieux être certain d'éviter. Ce serait, je le crois, compliquer à plaisir l'opération que de vouloir se servir de la scie à chaîne ou même d'une scie à main comme celle de Larrey ou celle de Langenbeck.

Faut-il, ne ne faut-il pas, joindre, ainsi que l'a proposé et exécuté Max Schede, l'extirpation du feuillet pariétal de la plèvre à la résection costale? Cette modification, à la vérité, change le but de l'opération, et doit lui donner de tout autres conséquences : ce n'est plus une sorte de désossement de la paroi thoracique qui, diminuant de résistance, lui permet d'aller à la rencontre du poumon : c'est une vaste brèche que l'on ouvre à la poitrine, où les vaisseaux et nerfs intercostaux sont intéressés, où la surface de section des os est en rapport avec une cavité suppurante qui ne peut se fermer que par l'élévation graduelle de son fond, la granulation et la cicatrisation de sa surface. Cette aggravation de l'opération ouvre la voie à bien des complications et surtout à bien des longueurs causées par la lenteur du processus réparateur : il convient donc de n'y avoir recours que quand l'épaississement énorme de la plèvre costale communique aux parties molles de la paroi une rigidité qui ne permet pas d'en espérer le prompt retrait.

Que faut-il donc faire du trajet et de la cavité pleurale suppurée, pendant et après l'opération ? Quelques opérateurs, M. Bœckel entre autres, en raclent la surface à la cuiller tranchante, afin d'enlever le plus possible des néomembranes pleurales et de la membrane pyogénique qui les tapisse et de diminuer ainsi l'épaisseur des parois du foyer, de le débarrasser de tous les produits septiques qu'il renferme, et de le mettre dans les meilleures conditions pour une réunion par première intention. Sans vouloir proscrire absolument cette conduite, nous pensons que le curage d'un semblable foyer ne peut que rarement être complet, et que, s'il est imparfait, il présente plus de dangers que d'avantages, en raison du saignement qu'il détermine dans une région peu accessible aux moyens de désinfection. Il vaut bien mieux, à notre avis, se borner à laver avec soin le trajet fistuleux en y pratiquant avant l'opération des injections forcées avec une solution de chlorure de zinc à 5 ou 8 0/0, puis le fermer avec une éponge introduite dans l'orifice, à moins qu'il ne soit nécessaire de s'en servir comme guide, dans la résection, en y introduisant le doigt ou un conducteur métallique.

Quand l'orifice fistuleux est situé au point le plus déclive de la cavité suppurante, on peut se contenter d'y placer un gros tube à drainage. Mais s'il existe au-dessous de lui un cul-de-sac, il est nécessaire d'en faire le drainage en établissant une contre ouverture au niveau de l'espace intercostal le plus inférieur. Le tube ne sera retiré que lorsqu'il sera en quelque sorte chassé par la rétraction du trajet et que la sécrétion purulente sera réduite absolument à rien.

IV. — *Phénomènes ultérieurs.* — La plaie de la paroi thoracique, réunie par la suture, est recouverte d'un pansement antiseptique ; des injections désinfectantes sont régulièrement pratiquées dans les drains, et l'on voit, en général, bientôt la suppuration tarir; la quantité de liquide que l'on peut injecter dans le trajet diminue, la paroi revient de plus en plus sur elle-même. Si, au bout de six ou sept semaines, on vient à explorer avec la pointe d'une aiguille l'intervalle des fragments osseux, on trouve une résistance qui indique la reproduction hâtive de l'os dans un grand nombre de cas. Si donc, à ce moment, le trajet ne s'est pas oblitéré ou s'il reste une cavité de dimensions appréciables au-dessous de la paroi thoracique, comme il n'y a plus de retrait marqué de celle-ci à attendre, il faut considérer le résultat comme imparfait et recourir à une nouvelle opération. On a vu pourtant l'amélioration se prolonger encore bien plus longtemps et aboutir, même après des mois, à une guérison complète (obs. V d'Estlander); on pourra favoriser cette tendance à la rétraction par la compression exercée

sur la poitrine au moyen d'un bandage élastique, ainsi que l'a fait M. Bœckel.

Mais, il ne faut pas désespérer trop vite de la guérison. On doit se tenir en garde contre des succès trop rapidement obtenus ; M. Bouilly, dans un cas, a vu une nouvelle accumulation se faire dans le foyer dont l'orifice s'était oblitéré, et la fistule se rouvrir, pour tarir ensuite sans nouvelle intervention, il est vrai. Un des opérés d'Estlander, considéré comme presque guéri, mourut six mois après l'opération dont le bénéfice n'avait été que temporaire. Ces exemples montrent qu'il faut laisser passer le temps sur les résultats heureux avant de pouvoir les considérer comme définitivement acquis.

Enfin, l'on n'oubliera jamais de donner les soins les plus assidus à l'état général du malade. Le deuxième cas de M. Bouilly nous montre, en effet, l'amélioration rapide survenue sous l'influence d'une bonne alimentation, chez un sujet dont, depuis longtemps, l'état était stationnaire. La guérison de l'affection locale, ici pas plus qu'ailleurs, ne saurait relever de causes purement mécaniques, et la constitution, épuisée par la suppuration prolongée, réagit à son tour sur la marche du processus réparateur. Plus qu'en aucune autre circonstance, dans le traitement des épanchements purulents de la plèvre, le chirurgien doit être doublé d'un médecin.

Quelque récente encore que soit l'histoire de l'opération dont le malade de M. Bouilly nous a permis d'étudier les origines, les résultats et la technique, il me semble que l'on peut, dès à présent, indiquer les quelques points sur lesquels l'examen des faits permet d'esquisser un jugement; c'est ce que nous allons faire sous forme de conclusions; nous résumerons donc la substance de ce rapport dans les propositions suivantes :

La résection des côtes, pratiquée dans le but de permettre l'affaissement de la paroi thoracique, et d'amener ainsi l'oblitération de la cavité suppurante dans l'empyème chronique avec fistule pleuro-cutanée, compte déjà un nombre important de succès (38 0/0 des cas publiés), où la guérison complète a été obtenue, alors qu'on ne pouvait l'attendre des efforts de la nature et des autres moyens de traitement.

Dans un certain nombre de cas où la guérison est restée incomplète, cette opération a été, néanmoins, suivie d'une amélioration très notable de l'état local et de l'état général du malade.

Lors même qu'elle est restée inefficace, elle n'a pas paru déterminer d'aggravation. Elle n'a jamais causé la mort.

Il est donc indiqué d'y avoir recours dans tous les cas d'empyème chronique, devenu fistuleux, dont la guérison ne peut plus être espérée, c'est-à-dire lorsque trois à quatre mois après l'incision

de l'espace intercostal pratiqué pour une empyème, on constate que la cavité de ce dernier cesse de se rétrécir et que, malgré les lavages et le pansement antiseptique, la suppuration est appréciable ou surtout abondante, quand, en même temps, l'affaissement du côté correspondant de la poitrine paraît avoir atteint l'extrême limite compatible avec l'intégrité des arcs costaux.

Il peut être indiqué d'y avoir recours même avant cette époque, lorsque l'étendue de la cavité suppurée, la rétraction et la fixation du poumon vers son hile par l'organisation déjà solide des fausses membranes, lorsque l'épuisement des forces du malade font prévoir que la guérison spontanée tarderait trop à s'effectuer pour que le patient pût en faire les frais. Dans de semblables conditions, on pourra procéder à la résection quatre ou six semaines après l'ouverture de la plèvre, quelquefois même plus tôt.

Les seules contre-indications formelles se tirent de l'existence manifeste de lésions tuberculeuses des poumons et surtout de cavernes ; de l'apparition de l'albumine dans les urines, signe qui révèle une dégénérescence amyloïde déjà confirmée ; et des autres circonstances qui contre-indiquent ou doivent faire différer l'emploi de toutes les opérations chirurgicules : maladies intercurrentes, érysipèles, etc., etc.

La résection sera proportionnée comme étendue aux dimensio n de la cavité à combler; elle comprendra toujours plusieurs côtes; elle sera pratiquée par la méthode sous-périostée et avec l'aide des antiseptiques, sous l'anesthésie chloroformique qui demande, en raison des lésions de l'appareil respiratoire, à être menée avec beaucoup de précaution.

On n'aura recours que dans les cas où les fausses membranes organisées à la surface de la plèvre auraient atteint une épaisseur et une dureté exceptionnelles, à l'excision des parties molles qui recouvrent le foyer ou du curage à la cuiller tranchante de sa cavité.

Quand deux ou trois mois se seront écoulés depuis la résection, s'il reste encore une cavité de dimensions appréciables aboutissant à la fistule, il faudra considérer, quelle que soit l'amélioration apparente, le résultat comme incomplet; et, sauf dans les cas où les vestiges de l'empyème se seraient réduits à un simple trajet qu'on pourrait encore espérer voir se fermer dans la suite, il faudra recourir à une nouvelle opération, plus largement pratiquée.

La résection costale faite suivant ces préceptes mérite de conserver le nom d'opération d'Estlander; si, en effet, son utilité a pu être vaguement entrevue et indiquée par Roser, Simon, Letiévant,

c'est au professeur d'Helsingfors qu'il appartient de l'avoir, le premier, méthodiquement pratiquée et décrite.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

Présentation d'un malade.

M. Reynier présente un enfant atteint d'*angiome de la joue.*

Élections.

La Société procède à l'élection des membres du bureau pour l'année 1884.

Pour la présidence : 23 votants; majorité absolue, 12.

Au premier tour, M. Marc Sée obtient 20 voix; M. Duplay, 1; M. Desprès, 1; bulletin blanc, 1.

M. Marc Sée est élu président.

Vice-présidence : 23 votants; majorité absolue, 12.

M. Duplay obtient 21 voix; M. Cruveilhier, 1; il y a un bulletin nul.

M. Duplay est élu vice-président.

M. Lucas-Championnière est nommé premier secrétaire, par 22 voix sur 22 votants; M. Gillette, second secrétaire, au deuxième tour, par 12 voix, contre 9 à M. Delens, et 1 à M. Magitot.

M. Terrier est maintenu dans ses fonctions d'archiviste et M. Berger dans celles de trésorier.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,

CH. PERIER.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

Pages.

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

U

V

TABLE DES AUTEURS.

E

F

G

H

I

J

K

L

M

V

W

ERRATUM

263. — *Au lieu de* Mance, *lisez* Manec.

Paris.—Soc. d'imp. Paul Dupont, 41, rue J.-J.-Rousseau.(Cl.) 60.1.84. -- Le Gérant. G. Masson.